Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.40

Responsiveness of the Canadian Health Care System Towards Newcomers

by

Anita J. Gagnon, Ph.D.

McGill University

November 2002

103-06722/

Catalogue No. CP32-79/40-2002E-IN

ISBN 0-662-32964-3

Although the views expressed in the papers are those of the authors, each paper was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR), of the Canadian Institute of Health Research, for their oversight and administration of the peer-review process. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Acknowledgements vii

Introduction 1

Scope of the Paper 2

Background 3
- Marginalized Sub-Groups in Canada 3
- Newcomers as a Potentially Marginalized Group 3

The Needs of Newcomers 6
- The Health of Newcomers to Canada 6
- Canadians' Values about Responding to Newcomers' Needs 8
- Potential Barriers to Access and Use 8
- "Best Practice" Guidelines for Health Services Delivery to Newcomers 9
- Summary of Newcomers' Needs 9

Governmental Responses to the Health Needs of Newcomers 10
- Methods 10
- Access to Services 10
- "Best Practice" Examples 13

Comment 16
- Remaining Dilemmas, Challenges, and Choices 16
- Recommendations 17

Conclusion 19

References 20

Appendix 25

Highlights

- There remains a great deal of variation in the health statuses of those living in Canada in spite of the existence of the *Canada Health Act*.
- Among those with particular health care needs are newcomers to Canada, specifically those with a precarious immigration status such as asylum seekers, and those with a high-risk profile such as refugees arriving in Canada from conflict-laden areas.
- Barriers to accessing care for which newcomers are eligible, include fear of jeopardizing immigration applications by seeking care, language barriers, culturally inappropriate care, and difficulties navigating the health system.
- Canada has responded to certain needs for access to care by implementing the Interim Federal Health Program (IFHP); however, serious difficulties with accessing services through the IFHP remain.
- There are several approaches Canada could take to improve the responsiveness of the system even further.

Executive Summary

There remains a great deal of variation in the health status of those living in Canada in spite of the existence of the *Canada Health Act*. The Act was developed with a focus on "equalizing" health status by "equalizing" access to services, once thought to be the prime determinant of health. Today, among those with particular health care needs are newcomers to Canada, specifically those with a precarious immigration status such as asylum seekers, and those with a high-risk profile such as refugees arriving in Canada from conflict-laden areas. Specific newcomer needs are often not examined on a systematic basis. This paper describes variation in health care needs according to immigration classification and addresses the following question: How well does the Canadian health care system respond to the needs of newcomers?

'Canadian health care system' refers here to services provided or supported by any level of government; 'newcomers' for the purposes of this paper focuses on the following mobile populations: permanent residents, those with employment authorizations, international students, refugees, and asylum seekers. The extent to which this question can be addressed is constrained by page and time limitations set by the Commission. Furthermore, there was insufficient time to permit extensive verification of results. This paper is not meant to be an exhaustive review of the literature, or of services offered. Rather, it is meant to present enough detailed information to allow general comparisons of service provision to these populations across Canadian provinces and territories, and five countries (Australia, Netherlands, New Zealand, Sweden, and United Kingdom). These comparisons will offer a point of departure for discussion on the extent to which Canada is responding optimally to the needs of this marginalized group.

Newcomers' health likely varies by migration history although databases are inadequate to answer this question directly. Migrants not forced out of their countries of origin are expected to have lower health-risk profiles than those forced out. Newcomers are known to under-utilize services and some Canadians likely prefer that only limited access to services be available to newcomers. Barriers to accessing care for which they are eligible include fear of jeopardizing immigration applications by seeking care, language barriers, culturally inappropriate care, and difficulties navigating the health system. Optimal care is thought to be based on core values of access, inclusion, empowerment, user-defined services, holism, respect, cultural sensitivity, community development, collaboration, accountability, orientation towards positive change, and reliability (Canadian Council for Refugees 1998).

Information on service access from all provinces and territories was sought, collated, and tabulated for comparison. Certain countries were selected for comparison purposes based on similarity of immigration patterns, economic systems, and health care system structures. The vast majority of information was obtained through extensive searches of governmental and non-governmental web sites and their cited documents, and by subsequently contacting individuals and organizations via e-mail for missing information. Information was sought from ministries of health, government health insurance agencies, ministries of immigration, regional health and social service agencies, main municipal/provincial/territorial/national offices, and non-governmental organizations (NGOs) including both those that act as umbrella organizations for other NGOs and those directly serving migrants. Google, Yahoo and Alta Vista search engines were employed. Electronic databases of literature were also used to supplement information.

Bibliographic references from identified texts were sought for review. The Canadian Council for Refugees 'list server' was used to identify case examples of access issues for newcomers.

Canada has responded to certain needs for access to care by implementing the Interim Federal Health Program (IFHP). However, serious difficulties with accessing services through this program remain, including delays in immigration processing times, errors in form completion, limitation of coverage to essential services only, and the administrative burden placed on service providers. Other comparable countries have generally not created a separate funding mechanism for health care for refugees and asylum seekers but rather, have limited access to available services according to immigration class and length of time in the country.

Across Canada and at the national level there are several special programs for newcomers that respond to many of the "best practice" guidelines. "Best practice" examples from other countries that Canada may wish to consider include New Zealand's language law requiring interpreter services for everyone in need and Australia's extended interpreter services, as well as multidisciplinary resettlement centres in New Zealand that provide a range of services to newly arrived refugees on a regular basis. Endeavours spanning more than one country that may interest Canada include the EU Networks, which address common resettlement issues, and the ICRT, to which several Canadian agencies already participate.

In conclusion, Canada has been moderately responsive to the health needs of newcomers. There are several other approaches Canada could choose to take to improve the responsiveness of the system even further. These include reducing the administrative burden of the IFHP on health care providers and reducing the time to access that program, offering interpretation services widely, and improving the content of health databanks to allow the examination of newcomers' health and health care according to immigration class.

Acknowledgements

I would like to thank Claude-Catherine Lemoine, Carla Pascoe and Robert Sewell for their diligence and perseverance in searching for, and collating, much of the information needed to produce the tables included in this paper.

Introduction

There remains a great deal of variation in the health status of those living in Canada in spite of the existence of the *Canada Health Act*. The Act was developed with a focus on "equalizing" health status by "equalizing" access to services, once thought to be the prime determinant of health. Today, among those with particular health care needs are newcomers to Canada, specifically those with a precarious immigration status such as asylum seekers, and those with a high-risk profile such as refugees arriving in Canada from conflict-laden areas. Specific newcomer needs are often not examined on a systematic basis. This paper describes variation in health care needs according to immigration classification and addresses the question: How well does the Canadian health care system respond to the needs of newcomers?

Scope of the Paper

This paper aims to address the following question: How well does the Canadian health care system respond to the needs of newcomers? 'Canadian health care system' refers here to services provided or supported by any level of government; 'newcomers', for the purposes of this paper, focus on the following mobile populations: permanent residents, those with employment authorization, international students, refugees, and asylum seekers. The extent to which this question can be addressed is constrained by page and time limitations set by the Commission. Furthermore, there was insufficient time to permit extensive verification of results. The paper is not meant to be an exhaustive review of the literature, or of services offered; it is meant to present enough detailed information to allow general comparisons of service provision to this population across Canadian provinces and territories, and five countries (Australia, Netherlands, New Zealand, Sweden, and United Kingdom). These comparisons will offer a point of departure for a discussion on the extent to which Canada is responding optimally to the needs of this marginalized group.

Background

Marginalized Sub-Groups in Canada

Canadians and others living in Canada are, on the whole, a healthy group (Organisation for Economic Co-operation and Development 2001), although there remain important differences in sub-population health even after the application of the *Canada Health Act* guaranteed access to hospital and physician services for most people. If differences remain even with "universal" access to services, then factors other than service must play a role and this has been clearly outlined in the Ottawa Charter (World Health Organization 1986). Categories of health determinants are those based on the work of the federal, provincial, and territorial Health Ministers and include: income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, physical environment, biology and genetic endowment, personal health practices and coping skills, healthy child development, and health services (Huff and Kline 1999; Minister of Supply and Services Canada 1994). Each category affects health in a different way.

If the goal of the various levels of government in Canada is to maximize the health of its population, then potential governmental responses must be viewed in this broad framework. With this in mind, marginalized groups can be defined as those disadvantaged in relation to one or several of the identified determinants of health. These then might include the physically or mentally disadvantaged, aboriginals, people living in poverty, or newcomers, to name but a few.

Newcomers as a Potentially Marginalized Group

One in six people in Canada is a newcomer (Statistics Canada 1996) and newest migrants to Canada are more likely to be visible minorities, to come from less developed countries, and to be younger than those who arrived previously. Newcomers are a heterogeneous group. They include, for example, those arriving in Canada in the *independent class* of immigrants including investors with a great deal of economic and other resources, *family members* arriving to be reunified with their families and therefore often having a social support structure in place upon arrival, and *refugees*, who may have significant histories of violence, varied economic and educational resources, and a reduced social support structure. *Landed immigrant* is a term used interchangeably with *permanent resident*, with the latter term used preferentially in several countries (and consequently used in this text). Table 1summarizes Canadian immigration figures.

Each category of newcomers has different resettlement needs and the administrative classification of the migrant determines accessibility and eligibility to government health and social services. Studies of newcomers have been unable to address the effect of this heterogeneity because it would require the application of specific sampling strategies to ensure an adequate number of individuals in the various administrative classes of immigrants.

Table 1
Newcomers to Canada: Data for 2000

Newcomer Category		Number
Permanent residents (landed status)	Family class	60,515
	Economic class	132,118
	Live-in caregivers	2,784
	Provincial nominees	1,252
	Deferred removal order class	297
	Post-determination refugee claimants in Canada class	163
Temporary workers		86,225
Students		63,618
Landed refugees (Convention refugees)	Government sponsored	10,661
	Privately sponsored	2,905
	Dependents abroad	3,486
	Landed in Canada	12,978
Refugee claimants/Asylum seekers (includes temporary residents allowed to remain in Canada on humanitarian grounds – those from countries on the moratorium list, those with minister's permits and those with a refugee history but who have not filed a refugee claim)		35,368

Sources: Citizenship and Immigration Canada, 2001a; Citizenship and Immigration Canada, 2001b.

Existing national databases are inadequate to address the complexity of health determinants faced by newcomers (Dunn and Dyck 1998). The Canadian Census, for example, provides population figures for mother-tongue and language spoken at home, number of landed immigrants received (all categories) and when they were received (i.e., ≤ 3 or 5 previous years), non-permanent residents, ethnic origin, members of the "black" community, and religious affiliation (Gravel and Battaglini 2000). Migration history and associated risks and effects can not be specified with data aggregated in this way. Birth and death data provide other relevant statistics but again, without the level of detail needed to examine issues specific to various classes of migrant. The migration histories presented by certain newcomers and variation in service access by immigration class suggest that an important number of newcomers should be considered marginalized, with those in the refugee and asylum seeking class with the most precarious health status.

"Refugees" refers to 'Convention refugees' in the vast majority of cases in that they meet the UNHCR definition of a refugee: "owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership in a particular social group, or political opinion, is outside the country of his nationality, and is unable to or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country." (UNHCR 2000). Assignment of an immigration

classification of "refugee" occurs in two main ways in Canada: i) Having been selected overseas through UNHCR channels; and ii) Through a successful request for asylum. Requests for asylum are assessed by Immigration Refugee Boards (IRBs). Individuals are classified as 'asylum seekers' until their case has been assessed by an IRB. Requests for asylum can be made at two points. The first is at the border, and these individuals are labelled "border claimants" or "port-of-entry claimants". The second is in the country, and these cases are labelled "inland claimants". The distinction between "refugee", "border claimant" and "inland claimant" is important because it suggests that different health determinants are operating to various degrees in the lives of these individuals which, in turn, will affect their health status and their response to illness. This administrative classification distinction further defines which health services may be accessed and when. Details of these aspects will be discussed below.

Immigration to Canada over the last decades has grown to 17.4% of the total population (Statistics Canada 2000). Of an immigration total of three and one-half million from 1979 to 1999, 531,417 persons were refugees, with an average of 24,000/year over the last five years (7,000 of whom were selected through UNHCR channels) (Citizenship and Immigration Canada 2000). The source regions for migration over this period have been mainly Asia, the Pacific, Africa, and the Middle-East. It should be noted that refugees, asylum seekers, and illegal immigrants concentrate in Canada's major urban centres, and thus the burden of health care falls disproportionately on those areas.

The Needs of Newcomers

The Health of Newcomers to Canada

Differences between the experiences of those in the various immigration classes have been reviewed (Gravel and Battaglini 2000). When examined together, newcomers are multi-ethnic, their mother-tongue and language used vary, and they have a variety of religious traditions, lifestyles, and political alliances. As opposed to "refugees", "independent" or "family" immigrants choose to come to Canada and are motivated to leave their country and re-establish themselves in a new country in the hope of a better life. Their departure is planned and they are able to return to their countries of origin if they so choose. On the other hand, "refugees" are forced to leave their country to ensure their survival and they are not able to return to their country of origin. All immigrants will go through phases of adjustment however the permanent, forced nature of the refugee migration experience makes their integration into society more difficult (Sundquist et al. 2000, 357-65).

These variations in migration scenarios suggest that several health determinants related to migration need to be considered (Gagnon, Merry and Robinson 2002). These include: whether departure from the country of origin was of a forced nature, whether the individual comes from a rural versus an urban area, experience of war in the source country, camp experience, history of torture or abuse, family separation, 'like community' in the new country, length of time in the new country, official language ability, discrimination experience, and change in social status. Additional bio-psychosocial determinants particularly relevant to migrants include: usual *vs* receiving-country diet, nutritional status, infectious disease exposure, social isolation, stress/anxiety, stress management strategies, depression, post-traumatic stress disorder, somatization, services available/received (western and traditional), official language proficiency and culture matching with provider. Women face additional risks, which suggest consideration of factors including: sex and gender-based violence (including rape), post-abortion care, and STI/HIV exposure and pregnancies resulting from rape.

Immigrants Generally

Immigrants to Canada and the United States have been found to be healthier than their North American counterparts although they lose this advantage over time (Chen, Ng and Wilkins 1996, 33-45; Parakulam 2000, 311-14; Pomerleau 1997, 337-45; Rumbaut 1996, 337-91; Weeks 2000, 327-34). Immigrants must meet certain health and other criteria to be accepted into Canada and they must have enough economic resources to complete the process of immigration, which likely results in a "healthy immigrant" effect. Individuals of various immigration classes are usually not separated out in such reports. Thus it is likely that the health status of "economic" or "family" immigrants overwhelms the data on newcomers in other classes due to the volume of immigrants in that category [90% of all immigrants fall into either the economic class or the family class (Citizenship and Immigration Canada 2001a)].

Refugee Health

Canadian studies focusing on the health of refugees or asylum seekers examined general health (Thonneau, Gratton and Desrosiers 1990, 182-86) and mental health (Beiser et al. 1995,

67-72; Beiser and Edwards 1994, 73-86; Beiser and Fleming 1986, 627-39; Beiser and Hyman 1997, 996-1002; Dillmann, Pablo and Wilson 1993, 253-58; Stephenson 1995, 1631-42). The general health of refugees and asylum seekers to Canada was described in two studies. The first, conducted in Calgary, sheds light on *the health of government-sponsored refugees in Canada* (that is, those selected overseas via UNHCR channels; in the "refugee" class). Health problems identified most often in the 1,104 government-sponsored refugees that arrived in Calgary in the early 1990's included upper respiratory tract infections (17.8%), impaired vision (15.4%), dental emergencies (12.8%), ear infections (7.4%), gynaecological problems (6.1%), and obstetrical conditions (5.6%). Twenty-two (5.8%) required emergency hospitalization (Dillmann, Pablo and Wilson 1993, 253-58).

The second, conducted in Montreal in 1985-86, sheds light on *the health of refugees that seek asylum in Canada at the border or once in the country* (as opposed to via UNHCR channels – that is, "asylum seekers" (Thonneau, Gratton and Desrosiers 1990, 182-86). 1,994 applicants received a medical examination at a clinic identified by the Quebec government as the care provider for refugee applicants. 87% were considered to be in good health, 3% had a major handicap or chronic illness, and 10% were in poor health. Health problems identified included nutritional deficiencies, stunted growth, anaemia, parasitic infections, syphilis, risk for tuberculosis, inadequate vaccination, and evidence of physical torture. Other more recently arrived refugee groups have been found to have a similar health profile with malnutrition, dehydration, gastrointestinal problems, scabies, head lice, minor skin conditions, and hepatitis B identified (Kent 2000, 256).

A review of the mental health of refugees and immigrants to Canada, (Beiser and Edwards 1994, 73-86) based largely on the experiences of Southeast Asian refugees, showed that exposure to catastrophic stress such as torture and rape may lead to post-traumatic stress disorder, women are at increased risk of mental disorder over time, and adolescent and older women may be at higher risk due to the conflicting expectations of parents versus peers in the case of adolescents and in the greater value placed on youthfulness over wisdom in the case of elderly people (Beiser, Dion, Gotowiec, Hyman and Vu 1995, 67-72; Beiser and Edwards 1994, 73-86). Unemployment was suggested as being an important problem since refugees admitted for compassionate reasons may not have employable backgrounds. Extended separation from family was also suggested as having a harmful psychological impact. On the other hand, resettlement was thought to be facilitated by having adequate sources of material support, the presence of like-ethnic communities (which may provide a psychological sense of community for some ethnic groups), and individual psychological hardiness.

Higher-Risk Groups

As previously mentioned, female refugees are exposed to even greater health risks because of issues related to childbearing and sexual health. Children are another at-risk subgroup due to their vulnerability and the numbers arriving unaccompanied in Canada are growing (Citizenship and Immigration Canada 2001a). Trafficked migrants are yet another high-risk category (United Nations High Commissioner for Refugees 1998). The United Nations estimates that 4 million individuals are trafficked internationally each year. Of these, 700,000 are women or children. Trafficking is said to occur when a migrant is illicitly recruited and/or moved by means

of deception or coercion for the purpose of economically or otherwise exploiting the migrant, under conditions that violate their fundamental human rights (International Organization for Migration 2001). Promises of good jobs from human smugglers or dreams of a better life often lead migrants to purchase irregular or illegal immigration services without knowledge of the risks involved (Gushulak and MacPherson 2000, 67-78). The number of trafficked migrants and the degree of risk in the method of transport may be increasing (International Organization for Migration 2001). Poor living and working conditions stimulate irregular migration and these same factors are associated with poor health. Other higher risk migrant groups include those placed in dependant positions, such as those with a fiancé and a temporary work visa, and those participating in the live-in caregiver program.

Canadians' Values about Responding to Newcomers' Needs

Canadians' attitudes towards immigration and immigration policy have been compared to those of other country nationals using data gathered from national surveys conducted in each of the countries between 1970 and 1995 (Simon and Lynch 1999, 455-67). More Canadians favoured increasing immigration than did Americans, yet at the peak, the number accounted for only 17% of the population. Those preferring a decrease ranged from 32 to 55%, with an average of 42%, lower than the Australia average by over 20 points and the U.K. average by 10 points. The U.S. average was closest, ranging from 33 to 66% of U.S. respondents preferring a decrease, with an average of 49.7%. Responses to a 1993 Canadian question on how the increase in the number of immigrants arriving from Asia, the West Indies, and other mainly 'third world' countries was viewed, only 20% said it was a good thing. Determinants of negative attitudes towards immigration have been found to be the result of a complex interrelationship of factors that include unemployment rates and racism (Palmer 1996, 180-92). In the absence of other data, these studies might suggest that some Canadians do not support providing services to newcomers although this cannot be confirmed; if this was found to be true, there may be variation in degree of support depending on immigration class (humanitarian versus non-humanitarian).

Potential Barriers to Access and Use

Immigrants have been found to underutilize health services for which they are eligible (Hyman 2001). Barriers to services used by migrants are several but can be divided into three broad categories. The first is fear of accessing the system believing they might be considered a burden on the system and accessing care would therefore be detrimental to their immigration applications (personal communication, A. Li); the second relates to culturally inappropriate care and language barriers; the third with difficulties navigating the system. There is a large body of literature describing the effects of culturally inappropriate care across various multicultural groups. In general, it is suggested that health care providers learn about their individual patient's cultural concepts, family structure, and practices at the outset of developing a working relationship (Hamilton 1996, 585-87). The professional can then offer culturally acceptable explanations of health-related matters.

Developing a trusting relationship can be further hampered when patient and provider do not speak a common language (Bowen 2000; Davies and Yoshida 1981, 22-3). In these cases, a

interpreter may be required, which compromises the patient's privacy; often a family member is sought to provide this service, resulting in altered power dynamics within the family. Counselling services are extremely difficult to manage in these situations. Delays in seeking care, reduced comprehension, reduced compliance, and harmful health outcomes are associated with language barriers. Informed consent for care is difficult to obtain under these conditions.

Difficulties navigating "the system" are not unique to newcomers but are compounded by language and cultural barriers and the newcomer's expectations, which are usually based on experiences with the system in the country of origin. Another "system" barrier is the under-representation of immigrant and racial minorities, especially women, in health care professions (with foreign-earned credentials an issue), on boards of directors of hospitals, universities and other major institutions that set health care policies (Simms 1996).

"Best Practice" Guidelines for Health Services Delivery for Newcomers

The Canadian Council for Refugees has published *Best Settlement Practices* in which guidelines for best practices are outlined (Canadian Council for Refugees 1998). Services should: 1) Be accessible to all who need them. 2) Be offered in an inclusive manner, respectful of, and sensitive to, diversity. 3) Empower clients. 4) Respond to needs as defined by users. 5) Take account of the complex, multifaceted, interrelated dimensions of settlement and integration. 6) Be delivered in a manner that fully respects the rights and dignity of the individual. 7) Be delivered in a manner that is culturally sensitive. 8) Promote the development of newcomer communities and newcomer participation in the wider community, and develop communities that are welcoming of newcomers. 9) Be delivered in a spirit of collaboration. 10) Be made accountable to the communities served. 11) Be oriented towards promoting positive change in the lives of newcomers and in the capacity of society to offer equality of opportunity for all. 12) Be based on reliable, up-to-date information. Although not drafted specifically for health services delivery, these guidelines offer a framework by which the Canadian health care system can be examined to determine how well the needs of newcomers are being met. National standards developed in the United States may also be useful (U.S. Department of Health and Human Services 2001).

Summary of Newcomers' Needs

Newcomer health likely varies by migration history, although databases are inadequate to answer this question directly. Migrants not forced out of their country of origin are expected to have a lower health-risk profile than those forced out. Newcomers are known to under-utilize services and some Canadians likely prefer that limited access to services be available to newcomers. Barriers to accessing care for which they are eligible include fear of jeopardizing immigration applications by seeking care, language barriers, culturally inappropriate care, and difficulties in navigating the system. Optimal care is thought to be based on core values of access, inclusion, empowerment, user-defined services, holism, respect, cultural sensitivity, community development, collaboration, accountability, orientation towards positive change, and reliability (Canadian Council for Refugees 1998).

Governmental Responses to the Health Needs of Newcomers

Methods

Information on access to services from all provinces and territories (regardless of volume of immigration) were sought, collated, and tabulated for comparison. Certain countries were selected for comparison purposes based on similarity of immigration patterns, economic systems, and health care system structures. The vast majority of information was obtained through extensive searches of governmental and non-governmental web sites and their cited documents, and by subsequently contacting individuals and organizations via e-mail for missing information. Information was sought from ministries of health, government health insurance agencies, ministries of immigration, regional health and social service agencies, main municipal, provincial, territorial and national offices, and non-governmental organizations (NGOs) including both those that act as umbrella organizations for other NGOs and those directly serving migrants. Google, Yahoo and Alta Vista search engines were employed. Electronic databases of literature were also used to supplement information. Bibliographic references from identified texts were sought for review. The Canadian Council for Refugees list server was used to identify case examples of access issues for newcomers.

Access to Services

Tables 1-6 (in Appendix) provide details on access to services. The legend for the tables is presented first and the bibliography of documents used to compile information found in the tables follows the final table.

Inter-Provincial / Territorial Comparisons

The *Canada Health Act* guarantees access to hospitalization and physician services for Canadians (Romanow 2002). Other health services vary by province, including other professional services (e.g., nurses), preventive care, home care, long-term care, dental care, and pharmacare (out of hospital). The extent of coverage is detailed in Table 1 and shows that some non-medical professional services are covered in nine provinces/territories, some preventive services in five, home care in five, long-term care in two, some dental care in eleven, and some pharmacare in eight.

Access to these services varies by province according to the immigration class of the individual. These include: permanent residents, those with employment authorizations, students, student's spouses, refugees, and asylum seekers. Provincial/territorial variation in access to services by immigration status is detailed in Table 2. As can be seen, landed immigrants have access to the same services as Canadians. Those with employment authorizations have the same access depending on the valid duration of the authorization; in all but three provinces, the authorization must be for 6 or 12 months. Students and their spouses are specifically not covered in four provinces. Either the provincial plans or the Interim Federal Health Program (IFHP) (described below) variously cover refugees. Asylum seekers are not covered under provincial plans but rather under the IFHP.

The point in time during the immigration process at which they are covered for these services also varies considerably and is detailed in Table 3. The time at which coverage begins for all immigration classes except refugees and asylum seekers is up to 3 months for all provinces, except Nova Scotia where those with an employment authorization have access after 6 months and students after 12 months. Time to access health plans for provinces and territories that offer refugees coverage varies, with the shortest being the Northwest Territories where access is upon arrival. There is a 2-3 week delay in Quebec, a 3-month delay in British Columbia and Ontario, while in Manitoba the timing depends on the employment authorization. The least amount of information is available for asylum seekers. However, reports from British Columbia suggest a 1-4 week delay, for Quebec, same day to 10 weeks, and for Ontario, 4 weeks to 6 months. Variation in access for individuals in these latter two immigration classes suggests a greater dependence on the IFHP.

Care Assured Directly by the Canadian Government

The IFHP was put in place for humanitarian reasons to allow refugee claimants (asylum seekers), Convention refugees, and others in humanitarian designated classes to receive essential health care (Citizenship and Immigration Canada 1998). It is not meant to replace provincial health plans and does not provide the same extent of coverage as for permanent residents. Eligibility for this program is determined by a demonstrated lack of funds, which is assessed by an immigration officer and this, only once eligibility to make a refugee claim has been approved and if the claimant is not covered by a private or public health plan.

IFHP benefits are limited to essential health services for the treatment and prevention of serious medical/dental conditions, essential prescription medications, contraception, prenatal and obstetrical care, and the Immigration Medical Examination (limited to identification of active tuberculosis, syphilis, and acute psychiatric disorders (personal communication, B.D. Gushulak). Prior approval is required for a complete physical examination, diagnostic services (unless short-term complications are seen), ongoing psychiatrist's care, and psychotherapy/counselling, among others. Alternative and over-the-counter medications and root canals, among other treatments, are expressly not covered.

Even with the IFHP, certain asylum seekers have no health insurance for some periods of time due primarily to delays in processing their requests to apply for refugee status. Thus, those who are awaiting eligibility determination to make a refugee claim have no coverage. Health and social services provision during this waiting period varies according to services available through local NGOs and community health centres. Inland claimants have the most difficulty. According to one respondent to a CCR list-serve question regarding variation in service availability, refugees in Ontario can wait up to one year to obtain coverage (personal communication, South Etobicoke Community Legal Services, Toronto), although the usual delay in Montreal is reported to be 3 weeks (personal communication, D. Isaacs). As recently as April 8, 2002, in Toronto, people were said to be lining up overnight in order to submit their applications for refugee status (personal communication, E.F. Khaki). Port-of-entry asylum seekers could receive the necessary forms as they enter the country or up to one month thereafter. If there are problems with their "Notification of Intention to Make a Refugee Claim" form, it can be returned to them and further delays occur in obtaining IFHP coverage.

Concerns with regards to the IFHP have been summarized by the Canadian Council for Refugees (CCR) based on reports from 27 of their members and from *A Report on the Experience of Sponsors of Kosovar Refugees in Ontario*, by the Centre for Refugee Studies (CRS) and the Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement (CERIS) (personal communication, R. Hogue). These included: 1) Difficulty in accessing IFHP-covered services by those eligible due, in large part, to a lack of willingness on the part of potential providers to process IFHP forms or a lack of knowledge about it. (Difficulty in accessing services is exacerbated in areas where there is a shortage of health professionals.) 2) Processing difficulties at the IFHP office, including pre-authorization for certain conditions and late reimbursement to providers. 3) Absence of coverage for certain conditions, dental care being cited most often. These difficulties result in fewer service options available for a needy population (personal communications, P. Dongier; A. Li).

This feedback on IFHP must be interpreted cautiously given the apparent absence of a representative survey; however, it suggests that health care coverage for refugees and asylum seekers and services received by them are not uniform, and the rate at which they have access to services differs from one province to the next. No such difference in health care coverage can be seen for other classes of immigrants or for people born in Canada.

International Comparisons

Coverage of health services in Australia, the Netherlands, New Zealand, Sweden, and the United Kingdom is detailed in Table 4. The most complete coverage seems to be available in the Netherlands. Four of the five countries cover hospitalization, while three completely cover physician services and some other professional services. Preventive care is widely covered in two countries. The greatest variation by country is seen for home care, long-term care, dental care, and out-of-hospital pharmacare. Coverage for dental care, for example, ranges from no coverage in Australia to complete care and treatment for a specified time period in the United Kingdom, and to full preventive care and treatment in the Netherlands.

Access to these services varies by country according to the individual's immigration class including: permanent residents, those with an employment authorization, students, refugees, and asylum seekers. Access to services by immigration class in selected countries is detailed in Table 5. Residents have the greatest access and students the least. Refugees have immediate access to the same health care as nationals in every country. Asylum seekers have access to the same health care as nationals in the Netherlands, New Zealand and the United Kingdom.

Information describing the point in time during the immigration process at which newcomers are covered for these services was more difficult to obtain. Available information is detailed in Table 6. Non-humanitarian immigrants have a waiting period ranging from three months in Sweden to two years in Australia. Refugees have immediate coverage in three of the countries examined. Asylum seekers theoretically have immediate access, although processing time for their applications results in documented delayed access to services in at least New Zealand and the United Kingdom.

Summary of Access to Services

Canada has responded to certain needs for access to care by implementing the IFH Program. However, there remain serious difficulties with accessing services through this program, including delays in immigration processing times, errors in completing forms, limitation to coverage of essential services only, and the administrative burden placed on service providers. Other comparable countries have generally not created a separate funding mechanism for health care for refugees and asylum seekers, but rather have limited access to available services according to immigration class and length of time in the country.

"Best Practice" Examples

Inter-Provincial / Territorial

"Best practice" examples from various provinces were too numerous to describe here. Advocacy and networking are activities of groups focusing on immigrant resettlement issues (Mosaic 2002) and umbrella organizations representing them (la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) 2001; Ontario Council of Agencies Serving Immigrants 2002; The Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA) 2002). Several specialized service agencies are in existence. These include agencies focusing on culturally appropriate mental (Kirmayer 2002; Régie régionale de la santé et des service sociaux de Montréal-Centre 1996) and physical health services (Lorion and Dion 1999), and interpreter data banks (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre 2002). The concerns of female immigrants have been highlighted in some areas (Maritime Centre of Excellence for Women's Health 2000; Riverdale Immigrant Women's Centre 2002), and guidelines for practices have been published (Ministère de la Santé et des Services sociaux 1999). Umbrella and direct service agencies are variously supported and often rely on government funds to some extent.

Federal / National

There were some "best practice" examples at the federal level. Among these, the Metropolis Project, which was awarded the Public Service Award for Excellence in Policy Development in 1999-2000 (Canadian Heritage Multiculturalism 2000). This project brings together policy makers from three levels of government, NGOs and researchers, in an effort to broadly examine the effects of migration on Canadian cities. Several federal departments partner to fund the project. Four research Centres of Excellence (in Toronto, Vancouver, Montreal, and the Prairies) have their own partnerships with local NGOs and policy makers (Metropolis Canada 2002). There is also an international component of the project involving several countries.

Another initiative at the national level that appears promising is the Multilingual-Health-Education Network (Multilingual Health Education Net 2002). This network is funded by Health Canada and Heritage Canada with the goal of improving standards and procedures for translating patient education and instructional material. It is a non-profit alliance of Canadian health agencies focused on improving service delivery by making translated documents easily available to providers and the public.

The Canadian Council for Refugees (CCR), The Canadian Network for the Health of Survivors of Torture and Organized Violence (RIVO), the National Organization of Immigrant and Visible Minority Women (NOIVMWC), and the Canadian Council on Multicultural Health (CCMH) are agencies offering important resettlement direct service or policy work nationally.

International

"Best practice" examples from various countries and regions of the world were identified. Of specific interest to Canada were: the New Zealand language law and resettlement program, the Australian translation services, and the European Union Networks on Reception, Integration and Voluntary Repatriation. New Zealand law states that every individual has the legal right to an interpreter for health services to ensure their informed consent and this service must be provided by the treating agency (New Zealand Ministry of Health 2002). *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals* is a handbook developed by the New Zealand Ministry of Health in conjunction with several community and professional organizations (Kizito 2001). Approaches to care for refugees and asylum seekers are discussed, including care provided at the Mangere Refugee Resettlement Centre. Here, refugees spend six weeks upon their arrival; they receive health screening and care, English lessons, a basic orientation to New Zealand, and money to pay for essentials.

There are currently six Health Care Interpreter Service (HCIS) centres covering the State of New South Wales in Australia (New South Wales 2002). This service consists of professional interpreting services provided free of charge in more than 50 languages to people using public health services (which are the majority) in areas around Sydney. In metropolitan areas, these services are available 24 hours a day, seven days a week, depending on urgency. In some areas, they are also available for telemedicine consultations. Other country-specific "best practice" programs in the European Union have been described elsewhere (ECRE Task Force on Integration 2000).

The European Union Networks on Reception, Integration, and Voluntary Repatriation (EU Networks) is a project financed by the European Union focussing on improving the integration of refugees in member countries (EU Networks on Integration of Refugees 2002). It aims to develop issue-oriented networks on relevant themes such as education, language and vocational training, health, reception, and voluntary return. Activities have included: maintaining an inventory of integration activities, developing good practice guidelines, and publishing reports of interviews with refugees from all 15 member countries.

The International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) is an independent, international organization of health professionals which promotes and supports the rehabilitation of torture victims and the prevention of torture worldwide (International Rehabilitation Council for Torture Victims 2002). It works with 200 rehabilitation programs internationally, including several in Canada. It monitors torture globally and intervenes in conflict situations. It is at least partially supported by the European Union, the United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture, and the Oak Foundation.

Summary of "Best Practice" Examples

Across Canada and at the national level, there are several special programs for newcomers that respond to many of the "best practice" guidelines. "Best practice" examples from other countries that Canada may wish to consider include New Zealand's language law requiring interpreter services for everyone in need and Australia's extended interpreter services, as well as multidisciplinary resettlement centres in New Zealand that provide a range of services to newly arrived refugees on a regular basis. Endeavours spanning more than one country that may be of interest to Canada include the EU Networks, which address common resettlement issues, and ICRT, to which several Canadian agencies already participate.

Comment

Remaining Dilemmas, Challenges, and Choices

Service Gaps

The existence of a separate financing structure for health services for refugees and asylum seekers (the IFHP) offers humanitarian-class immigrants coverage for basic services; however, there are no built-in incentives for service providers to accommodate the needs of these individuals due to the heavy administrative burden placed on providers. Other barriers include periods of time without access to care due to immigration processing delays and coverage for care not included in the IFHP. Language was repeatedly cited as a barrier throughout the country and although the Multilingual-Health-Education Network has been set up to help lower these barriers through written documentation, a more pro-active approach is needed. The notion that care might be provided in the absence of truly informed consent as a result of language difficulties is of some concern.

Inadequate Information and Data Sources

Information available on the Web describing health services directed towards newcomers to Canada is limited; for most provinces, there is no mention of 'immigrant' on web sites designed to provide information to users about accessing services for which they are eligible. Federal and provincial health databases are currently inadequate to assess the extent to which immigration class and migration history affect health outcomes and services use, because data on immigration class and migration history are not included in databases at a level of detail that would allow such comparisons. Thus, the effect of any changes in policy or structure of the health care system will be difficult to evaluate among this population group due to the invisibility of newcomers within existing databases. Furthermore, there is little population-based research in this area.

Public Opinion on Immigration

A portion of the Canadian population may believe that Canada is already providing too many benefits to newcomers. When contrasted against Canada's commitment to the 1951 Convention as well as care provided by other countries however, the level of care offered by Canada to its newcomers at greatest risk appears moderate. One approach to meeting the needs of both the public and of newcomers might be to decrease immigration processing time as much as possible such that those not meeting refugee criteria could be identified rapidly, while simultaneously covering those at greatest risk for health decline while awaiting an IRB decision on their application.

Recommendations

Issue 1: Administrative burden on health care professionals providing care under the IFHP

Potential Actions

1. Reduce cumbersome processing requirements for reimbursement of services provided.
2. Develop a health care card system such as the one that exists for the provinces as a reasonable alternative to the current system.
3. Develop and distribute pamphlets and other information resources on the IFHP to health care providers.
4. Create financial or other incentives for health care providers to provide care to individuals covered by the IFHP.

Issue 2: Eligibility delays for the IFHP

Potential Actions

1. Monitor length of time to eligibility for the IFHP from the date of entry into the country until the date of eligibility to determine bottlenecks and permit benchmarking.
2. Reduce processing time for acknowledging reception of applications for asylum so that individuals eligible for IFHP can access health services as soon as possible.

Issue 3: Limited service coverage under the IFHP

Potential Actions

1. Expand services covered under the IFHP. Especially consider mental health services (given the psychological and emotional implications of the migration histories of individuals covered by this program) and dental services.
2. Expand coverage directly to specialized centres (e.g., for victims of trauma or violence), especially in urban areas.

Issue 4: Lack of access to appropriate care and to informed consent among people who do not speak an official language

Potential Actions

1. Establish translation in health care as a right for newcomers.
2. Set up local and/or national telephone interpreter services.
3. Form alliances with NGOs dedicated to providing translation services.
4. Fund training in the development of national professional standards of practice to increase cultural sensitivity toward newcomers and to reduce language and ethno-cultural barriers.
5. Develop resource materials on ethno-cultural care for professionals.
6. Finance ethno-cultural liaison staff in hospitals and community health centres to work with various ethnic groups and to help newcomers "navigate" the system.

7. Form an umbrella organization in North America (similar to the EU Networks in Europe) which would be designed to support the work of NGOs and governmental agencies in providing services to immigrants of all classes. This could reduce duplication of services and offer the benefit of sharing effective resettlement strategies.

Issue 5: Paucity of data upon which to build sound policies and practices

Potential Actions

1. Include information in federal and provincial databases that reflect immigration class, migration history, visible minority status, and official language proficiency so that implications of health risk status and access to care can be more readily quantified.
2. Require documentation of gender and age impacts of both Citizenship and Immigration Canada and Health Canada procedures to assess the effectiveness of our responses to newcomers at greatest risk.
3. Collect and regularly report on data regarding job skills, Canadian certification in specialities, and time to employment in area of speciality, considering the importance of gainful, meaningful employment as a key determinant of health.

Issue 6: Paucity of easily available information on eligibility of newcomers to services

Potential Actions

1. Have information about exact coverage of health services for newcomers readily available on relevant national and provincial web sites and in other written and electronic resources.
2. Create an information system (e.g., 1-800 number) for newcomers covered by IFHP and elsewhere, on the most efficient way to access various specific services.

Issue 7: Health care financing structure not taking into consideration the urban-rural discrepancy of service provision to newcomers

Potential Actions

1. Re-structure financing for health services according to the geographic distribution of newcomers.
2. Offer differentially more services in urban areas.

Conclusion

Canada has been moderately responsive to the health needs of newcomers. There are several approaches that Canada could take to improve the responsiveness of the system even further. These include reducing the administrative burden of the IFHP on health care providers and reducing the time to access the program, offering interpretation services widely, and improving the content of health databanks to allow the examination of newcomers' health and health care according to immigration class.

References

Literature Cited

Beiser, M., R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman, and N. Vu. 1995. Immigrant and refugee children in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 40(2):67-72.

Beiser, M. and R.G. Edwards. 1994. Mental health of immigrants and refugees. *New Directions for Mental Health Services* 61:73-86.

Beiser, M. and J.A. Fleming. 1986. Measuring psychiatric disorder among Southeast Asian refugees. *Psychological Medicine* 16(3):627-39.

Beiser, M. and I. Hyman. 1997. Refugees' time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry* 154 (7):996-1002.

Bowen, S. 2000. *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa: Health Canada.

Canadian Council For Refugees. 1998. *Best Settlement Practices: Settlement Services for Refugees and Immigrants in Canada*. Montreal: Canadian Council for Refugees.

Canadian Heritage Multiculturalism. 2000. *Annual Report on the Operation of The Canadian Multiculturalism Act, 1999-2000*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Chen, J., E. Ng, and R. Wilkins. 1996. The health of Canada's immigrants in 1994-95. *Health Reports* 7(4):33-45.

Citizenship and Immigration Canada. March 2002. "Interim Federal Health (IFH) Program." Available from http://www.cic.gc.ca/manuals%2Dguides/english/om%2Dweb/1998/ip/ip98%2D16.html. (1998).

Citizenship and Immigration Canada. *Facts and Figures 1999*. 2000. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Citizenship and Immigration Canada. *Facts and Figures 2000: Immigration overview*. 2001a. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Citizenship and Immigration Canada. *Facts and Figures 2000: Statistical Overview of the Temporary Resident and Refugee Claimant Population*. 2001b. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Davies, M. and M. Yoshida. 1981. A model for cultural assessment of the new immigrant. *The Canadian Nurse* 77(3):22-23.

Dillmann, E., R. Pablo, and A. Wilson. 1993. Patterns of health problems observed among newly arrived refugees to Canada. In *Health and Cultures: Exploring the relationships.*, edited by Masi R., Mensah L. McLeod K. A. 2 ed. Oakville, Ontario: Mosaic Press.

Dunn, J. and I. Dyck. 1998. *Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey*. Ottawa: Statistics Canada.

ECRE Task Force on Integration. March 2002. *Good Practice Guides on the Integration of Refugees in the European Union*. Available from www.refugeenet.org/documents/volg.php3?ID=146. (2000).

EU Networks on Integration of Refugees. March 2002. *EU Networks on Reception, Integration and Voluntary Repatriation Project*. Available from www.refugeenet.org/about/index.html. (2002).

Gagnon, A.J., L. Merry, and C. Robinson. 2002. A Systematic Review of Refugee Women's Reproductive Health [unpublished work]. Montreal: McGill University.

Gravel, S. and A. Battaglini. 2000. *Culture, santé et ethnicité: vers une santé publique pluraliste*. Montreal: Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Gushulak, B.D. and D.W. MacPherson. 2000. Health Issues Associated with the Smuggling and Trafficking of Migrants. *Journal of Immigrant Health* 2(2):67-78.

Hamilton, J. 1996. Multicultural health care requires adjustments by doctors and patients. *Canadian Medical Association Journal* 155(5):585-87.

Huff, R.M. and M.V. Kline. 1999. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. New York: Sage Publications.

Hyman, I. 2001. *Health Policy Working Paper Series*. Ottawa: Health Canada.

International Organization for Migration. 2001. *Migrant Trafficking and Human Smuggling in Europe: A Review of Evidence*. Europe: Author.

International Rehabilitation Council for Torture Victims. March 2002. *About the IRCT*. Available from www.irct.org/about_the_irct_0.htm (2002).

Kent, H. 2000. BC's Chinese migrants a healthy lot, MDs find. *Canadian Medical Association Journal* 162:256.

Kirmayer, L.J. March 2002. *Culture and Mental Health*. Available from www.mcgill.ca/psychiatry/transcultural/cmhru.html (2002).

Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care - A Handbook for Health Professionals*. Folio Communications Ltd.

La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI). 2001. *Rapport d' activités 2000/2001*. Montreal: TCRI.

Lorion, J. and C. Dion. 1999. *Front Line Health and Social Services ... for a Human Mosaic. Annual Report*. Montreal: CLSC Côte-des-Neiges.

Maritime Centre of Excellence for Women's Health. 2000. Keeping Canadian values in health care symposium. *Moving Towards Women's Health* 9.

Metropolis Canada. March 2002. *The Metropolis Project – An International Forum for Research and Policy on Migration, Diversity and Changing Cities.* Available from http://canada.metropolis.net/frameset_e.html. (2002).

Minister of Supply and Services Canada.1994. *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians.* Ottawa: Health Canada.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Famille et de l'Enfance. March 2002. "Avec les familles immigrantes: guide d'intervention." Available from ftp://206.167.52.6/acrobat/f/documentation/1998/98-265.pdf. (1999).

Mosaic. March 2002. *Family Programs and Settlement Services.* Available from www.mosaicbc.com. (2002).

Multilingual Health Education Net. March 2002. *Multilingual Health Education Net: A Non-profit Alliance of Canadian Health Agencies. 2 A.D.* Available from http://www.multilingual-health-education.net. (2002).

New South Wales. March 2002. "Multicultural Health Services and Programs in NSW." Available from http://internal.health.nsw.gov.au/health-public-affairs/mhcs. (2002).

New Zealand Ministry of Health. March 2002. "About the New Zealand Health and Disability System." Available from http://www.moh.govt.nz/moh.nsf. (2002).

Ontario Council of Agencies Serving Immigrants. March 2002. "About OCASI." Available from www.ocasi.org. (2002).

Organisation for Economic Co-operation and Development. March 2002. *OECD Health Data 2001.* Available from http://www.oecd.org/EN/statistics/0,,EN-statistics-12-nodirectorate-no-no--12,00.html. (2001).

Palmer, D.L. 1996. Determinants of Canadian attitudes toward immigration: More than just racism? *Canadian Journal of Behavioural Science* 28(3):180-92.

Parakulam, G. 2000. Health status of Canadian born and foreign born residents. *Canadian Journal of Public Health* 83(4):311-14.

Pomerleau, J. 1997. The relationship between place of birth and some health characteristics in Ontario. *Canadian Journal of Public Health* 88(5):337-45.

Régie régionale de la santé et des service sociaux de Montréal-Centre. 1996. *Organisation des services aux clientèles réfugiées, revendicatrices de statut, migrantes et immigrantes pour les CLSC de la région de Montréal-Centre.* Montreal: Régie régionale de la santé et des service sociaux de Montréal-Centre.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. March 2002. "Inter-regional Interpreters Bank 2000-2001." Available from www.santemontreal.qc.ca (2002).

Riverdale Immigrant Women's Centre. March 2002. *Who We Are...* Available from www.a4s.org/RIWC/ (2002).

Romanow, R.J. 2002. *Shape the Future of Health Care. Interim Report*. Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Rumbaut, R. 1996. Unravelling a public health enigma: Why do immigrants experience superior perinatal health outcomes. *Research in the Sociology of Health Care* 13B:337-91.

Simms, G.P. 1996. *Aspects of Women's Health from a Minority/Diversity Perspective*. Ottawa: Health Canada.

Simon, R.J. and J.P. Lynch. 1999. A comparative assessment of public opinion toward immigrants and immigration policies. *International Migration Review* 33(2):455-67.

Statistics Canada. 1996. *Immigration and Citizenship – 1996 Census.* Ottawa: Author.

Statistics Canada. March 2002. "Health Indicators: Proportion of Immigrants." Available from http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/tables/htmltables/c4t05.htm (2002).

Stephenson, P.H. 1995. Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre. *Social Science & Medicine* 40(12):1631-42.

Sundquist, J., L. Bayard-Burfield, L.M. Johansson, and S.E. Johansson. 2000. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal of Nervous & Mental Disease* 188(6):357-65.

The Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA). March 2002. *AMSSA's Home Page*. Available from www.amssa.org/. (2002).

Thonneau, P., J. Gratton, and G. Desrosiers. 1990. Health profile of applicants for refugee status (admitted into Quebec between August 1985 and April 1986). *Canadian Journal of Public Health* 81(3):182-6.

U.S. Department of Health and Human Services, OPHS Office of Minority Health. 2001. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care.* Washington, D.C.: IQ Solutions, Inc.

United Nations High Commissioner for Refugees. March 2002. *Who is a Refugee?* Available from http://www.unhcr.ch.(2000).

United Nations High Commissioner for Refugees. March 2002. *Refugees and Others of Concern to UNHCR- 1997 Statistical Overview*. Available from http://www.unhcr.ch. (1998).

Weeks, J.R. 2000. Infant mortality among ethnic immigrant groups. *Social Science & Medicine* 33(3):327-34.

World Health Organization. 1986. *Ottawa Charter on Health Promotion.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, available from the Canadian Public Health Association.

Personal Communications

A. Li, Chinese Canadian National Council. 2002. Request for information on healthcare access. Internet communication.

B.D. Gushulak, Medical Director, Citizenship and Immigration Canada. 2002. Request for information on the Interim Federal Health Program. Internet communication.

D. Isaacs, refugee outreach worker, Juan Moreno, Montreal, Quebec. 2002. Request for information on delays in refugees accessing healthcare coverage (Montreal). Telephone conversation.

E.F. Khaki. 2002. Request for information on refugees making claims. Internet communication.

Etobicoke Community Legal Services Toronto. 2002. Request for information on delays in refugees accessing healthcare coverage (Toronto). Internet communication.

P. Dongier, physician, CLSC Côte-des-Neiges, Montreal, Quebec. 2002. Request for information on providing services to refugees and asylum seekers. Telephone conversation.

R.. Hogue, Canadian Council of Refugees, CCR LISTSERV <CCRLIST@YORKU.CA>. 2002. IFHP paper. Internet Communication.

Appendix

Legend for Tables 1 to 6	
Code	Definition
A	Subject to means testing
B	Including spouse and dependents
C	Authorization must be valid for a minimum of 6 months
D	Authorization must be valid for a minimum of 12 months
F	Covered by the Interim Federal Health Program
G	Group-specific coverage
H	Covered if provided in hospital
I	Information incomplete/unclear
J	Immediately once granted this status
N	Not applicable
O	Spouse and dependents must submit individual requests to be included in a claimant's application
P	Partially
R	Retroactive
S	Surgical procedures
T	Varies depending on length of time for claimant status application to be processed
U	Upon arrival
V	Variable
X	No
Y	Yes
Z	Certain services covered

Table 1
Health Care Services Covered for Canadians

Health Care System Components	Alberta	British Columbia	Manitoba	New Brunswick	Newfound-land & Labrador	North West Territories	Nova Scotia	Nunavut	Ontario	Prince Edward Island	Quebec	Saskat-chewan	Yukon
Hospitalization	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Physician Services	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Other Professional Services	YP[b]G[c]	Y[d]	Y[e]G[f]	Y[g]	I	I	Y[h]	NWT Health Care Coverage in Effect	P[i]G[j]	Z[k]	I	P[l]	Y[m]G[n]
Preventive Care	YG[o]	I	I	I	I	I[p]	G[q]		I	Y[r]	I[s]	Y G[t]	Y
Home Care	Y[u]	I	Y	I	I	I	I		Y	I	I P[v]	P	I
Long-Term Care	Y	I	I	I	I	I	I		I	Y[w]	I	I	I
Dental Care	G[x]	HS[y]	HPS	PS	HPS	S[z]G[aa]	HG[bb]		G[cc] HPS	HPS	G[dd]PS	P	I
Pharmacare (out of hospital)	I	I	I	G[ee]	I	G[ff]	G[gg]		GP[hh]	GP[ii]	P	P	G[jj]

[a] Excludes healthcare coverage provided by federal government to certain groups (Aboriginals, veterans, and inmates)
[b] Chiropractic services, podiatry, physical therapy, respiratory therapy, occupational therapy, speech pathology services, some oral and maxillae-facial services from oral surgeons.
[c] Optometry services covered for those 19 and under or 65 and over.
[d] Surgical, psychiatric, ophthalmologic, diagnostic and anaesthesia services when referred by physician.
[e] Surgical, diagnostic and chiropractic services when referred by physician. Ambulance services not covered.
[f] Optometry services covered for those 19 and under or 65 and over.
[g] Community mental health services.
[h] Ambulance, chiropractic, and optometric services not covered.
[i] Podiatric, chiropractic and osteopathic services.
[j] Ophthalmologic services available every 2 years for those 20-64 years of age and once a year for those under 20 or 65 and over.
[k] When referred by physician.
[l] Physiotherapy, occupational therapy, ambulance, optometric and mental health services.
[m] Mental health services.
[n] Glasses and eye examinations for children of low-income families under the Children's Drug and Optical Program (CDOP).
[o] Children covered for immunization programs.
[p] Yearly physicals not covered.
[q] The Optometric Program provides preventative routine vision care for children 10 and under, and for seniors 65 and over.

[r] Covered if provided in an accredited facility.
[s] Smoking cessation medication covered.
[t] Screening mammography for women aged 50-69.
[u] Home respite and palliative care.
[v] Light and heavy housekeeping, meal preparation, and errand running.
[w] If provided in an accredited facility.
[x] Some services covered for seniors.
[y] Related to severe congenital abnormalities.
[z] Services specific to injuries related to jaw injury or disease.
[aa] Seniors 60 and over.
[bb] Coverage for children up to the age of 10.
[cc] Children qualifying for the Children in Need of Treatment Program.
[dd] Children 10 and under and those receiving financial assistance.
[ee] For seniors, children in care, and those with certain diseases/conditions.
[ff] Seniors 60 and over and those with diseases/conditions covered by the extended health benefits plan.
[gg] The Senior's Pharmacare program covers adults 65 and over.
[hh] For those eligible for the Ontario Drug Benefits Program.
[ii] Drug cost assistance schemes available to those with specific diseases/conditions.
[jj] Seniors 65 and over and their spouse if 60 and over.

Table 2
Health Services Coverage (refer to Table 1) as per Immigration Status: Canada

Categories of Immigration Status	Alberta	British Columbia	Manitoba	New Brunswick	Newfound-land & Labrador	North West Territories	Nova Scotia	Nunavut	Ontario	Prince Edward Island	Quebec	Saskat-chewan	Yukon
Permanent Residents	Y	Y	Y	YB	Y	Y	Y		Y	Y	YBO	Y	I
People with Employment Authorization	YBD	YB	YBD	YBOD[a]	Y[b]BD	YD	Y	NWT Health Care Coverage in Effect	YBC	YC	YBOC	YB[c]	I
Students	YD	Y	X	X	X	Y	Y		I	X	Y[d]BO	Y	I
Spouses of Students	Y	Y	X	X	X	I	I		I	X	Y[e]O	I	I
Refugees	Y	F[f]	FY[g]	Y	I	I	Y		Y	I	YBO	FY[h]	I
Refugee Claimants/ Asylum Seekers	F	F	F	F	F	F	F		F	F	F	F	F

[a] Those married to or dependent of an eligible N.B. resident are also entitled to coverage.
[b] Employment authorization must be issued before coming to Canada for a named Newfoundland employer for a specific job within the province.
[c] If spouse does not arrive within the 12-month period following the arrival of the person with employment authorization, coverage differs.
[d] Students from countries not included in the "social security agreement" (*entente de sécurité sociale*) with Quebec are not covered.
[e] Spouses of students from countries not included in the "social security agreement" (*entente de sécurité sociale*) with Quebec are not covered.
[f] Eligible for supplementary benefits including physiotherapy, massage therapy, chiropractic and naturopathic services, and surgical and non-surgical podiatry with a combined annual limit of 10 visits per year.
[g] Covered by IFHP up until when employment authorization is granted.
[h] May be eligible if in possession of valid employment authorization, student authorization, or a Minister's permit issued by Citizenship and Immigration Canada.

Table 3
Time Period Between Arrival and Eligibility for Health Services Coverage as per Immigration Status: Canada

Categories of Immigration Status	Alberta	British Columbia	Manitoba	New Brunswick	Newfound-land & Labrador	North West Territories	Nova Scotia	Nunavut	Ontario	Prince Edward Island	Quebec	Saskat-chewan	Yukon
Permanent Residents	U[a]	Up to 3 months	U[b] or the 1st day of the 3rd month	3 months	I	U	I		3 months	U[c]	Up to 3 months	1st day of 3rd month	I
People with Employment Authorization	3 months	Up to 3 months	U or the 1st day of the 3rd month	3 months	I	U	After 6 months R[d]		3 months	U	Up to 3 months	1st day of 3rd month	I
Students	3 months	Up to 3 months	N	N	N	U	1st day after 13th month[e]	NWT Health Care Coverage in Effect.	I	N	U[f]	1st day of 3rd month	I
Spouses of Students	3 months	Up to 3 months	N	N	N	I	I		I	N	U[g]	N	I
Refugees	I	3 months	V[h]	I	N	J	I		Min. 3 months[i]	I	2-3 weeks	N	I
Refugee Claimants/ Asylum Seeker	T	1-4 weeks[j]	T	T	T	T	T		V[k]	T	V[l]	T	T

[a] If application is received within the 3 months following arrival, coverage is effective upon arrival. For applications received after the required time the effective date is determined at the time of registration.

[b] Or as soon as immigration status is confirmed, for within-country applicants.

[c] Those establishing residence in P.E.I. may be eligible on the first day they become resident of the province.

[d] Those with employment visas: after residing 6 months retroactive coverage back to the date of arrival provided they have not been absent for more than 31 days from N.S. and are intending to be employed for the following 6 months. Those with employment authorization: eligible to apply for coverage on the 1st day of the 7th month provided that they have not been absent from N.S. for more than 31 days.

[e] Provided they have not been absent from N.S. for more than 31 consecutive days. Coverage begins on 1st day of 7th month if student is working as a teaching or research assistant at a university in N.S.

[f] Students from countries not included in the "social security agreement" (*entente de sécurité sociale*) with Quebec are not covered.

[g] Spouses of students from countries not included in the "social security agreement" (*entente de sécurité sociale*) with Quebec are not covered.

[h] IFHP coverage in effect until employment authorization is issued at which time provincial coverage takes effect.

[i] Eligible 3 months after the landing fee is paid.

[j] May be delayed by sudden influx of claimants who are detained (priority cases). Port-of-entry claimants are covered immediately.

[k] 4-6 weeks if claimed at port of entry. Otherwise, 4-6 months.

[l] Port-of-entry claimants are covered upon arrival. May take 1-10 weeks for inland claimants depending on completeness of their application.

Table 4
Health Care Services Covered for Citizens According to Country

Health Care System Component	**Canada**[a]	Australia	Netherlands	New Zealand	Sweden	United Kingdom
Hospitalization	V	Y	Y	Y	P G[b]	Y[c]
Physician Services	V	Y	Y	P[d] G[e]	P G[f]	Y
Other Professional Services	V	Y G[g]	Y	P G[h]	P G[i]	Y G[j]
Preventive Care	V	I	Y[k] G[l]	G[m]	G[n]	Y
Home Care	V	I	Y[o]	P A	G[p]	A
Long-Term Care	V	I	Y	I	Y	A
Dental Care	V	X	Y[q]	G[r]	P G[s]	H G[t]
Pharmacare (out of hospital)	V	P G[u]	Y[v]	G[w]	P[x] G[y]	G[z]

[a] Refer to Table 1.
[b] Those under 20 are exempt from fees, and medical expenses are capped.
[c] Includes medication, dental treatment and optical services within hospital. Those with low income are entitled to travel assistance to and from hospital.
[d] Most health care provided free of charge with the exception of primary health care for which a fee-for-service exists.
[e] Children under 6, those with a "community services card" (low income), those with a "high-use health card" (more than 12 visits per years to a GP for a particular condition), and families who require more than 20 subsidized prescriptions per year are exempted from service fees.
[f] Those under 20 are exempt from fees, and medical expenses are capped.
[g] Ambulance services covered for those on government pension and those with low income.
[h] Children under 6, those with a "community services card" (low income), those with a "high-use health card" (more than 12 visits per years to a GP for a particular condition), and families who require more than 20 subsidized prescriptions per year are exempted from service fees.
[i] Those under 20 are exempt from fees, and medical expenses are capped.
[j] Those over 60, children under 16, those under 19 who are in full-time education, those on income support, and those with specific ophthalmologic conditions (or a family history of these conditions) are entitled to optical care. Hearing aids and their maintenance are also covered.
[k] Covers genetic testing for hereditary conditions, and thrombosis preventative services.
[l] Hepatitis B testing in pregnant women, PKU testing of neonates, and immunization of children.
[m] Children are covered for immunizations. Children, those over 65 and those with specific chronic medical conditions are covered for influenza vaccination.
[n] Children under "school age" are provided with vaccinations, health checks, consultations, and certain types of treatment free of charge at children's clinics. Health education provided in schools. Prenatal care covered.
[o] Aids, medical devices, maternity care (including domestic services) and home dialysis services are also covered.
[p] Elderly, and disabled are provided with medical service, nursing and technical aids.
[q] Includes preventive maintenance.
[r] Children are eligible for free dental care until their 18th birthday.
[s] Those 20 and under are covered.
[t] Children under 19, pregnant women (up to 12 months post-birth), those on low-income support or disabled persons or those receiving working family tax credits are entitled to free dental services.
[u] Costs for those with concession cards (students, elderly and disabled) and for families are capped.
[v] With a limit to reimbursement.
[w] Children under 6, those with a "community services card" (low income), those with a "high-use health card" (more than 12 visits per years to a GP for a particular condition), and families who require more than 20 subsidized prescriptions per year are exempted from service fees.
[x] Total annual costs are capped.
[y] Insulin is free for children under 18.
[z] Children under 16 or under 19 if in full-time education, and those 60 and over are covered. Pregnant women are entitled to prescriptions with an exemption certificate, those on income support.

Table 5
Health Services Coverage (refer to Table 4) as per Immigration Status: According to Country

Categories of Immigration Status	Canada[a]	Australia	Netherlands	New Zealand	Sweden	United Kingdom
Permanent Residents	Y	Y[b] B	Y[c]	Y[d]	Y[e]	Y[f]B
People with Employment Authorization	V	Y	I	Z[g]G[h]	X	Y[i]B
Students	V	X	X	XG[j]	X	Y[k]
Refugees	Y	Y	Y	Y[l]	Y	YB
Refugee Claimants/ Asylum Seekers	Y[m]	Y[n]G[o]	Y	Y	P[p]G[q]	YB[r]

[a] Refer to Table 2.
[b] Australia has reciprocal healthcare arrangements with some countries and residents from these countries are covered for basic healthcare services in Australia.
[c] The Netherlands has reciprocal healthcare arrangements with some countries and residents of these countries are also covered for basic healthcare services in the Netherlands.
[d] New Zealand has reciprocal healthcare arrangements with some countries and residents of these countries are also covered for basic healthcare services in New Zealand.
[e] Sweden has reciprocal healthcare arrangements with some countries and residents of these countries are also covered for basic healthcare services in Sweden.
[f] Nationals of the European Economic Areas are variably covered according to country of origin, and nationals of countries with which the United Kingdom has a reciprocal health care agreement are also covered.
[g] Anyone suffering from an accidental injury is covered.
[h] Teachers funded by the Ministry of Education's Foreign Language Teaching Assistantship Scheme are eligible for all services. Children of eligible persons have access to all services. Those with a valid temporary residence permit for two or more years are entitled to access public health services.
[i] Includes unpaid workers in certain voluntary organizations, and students and trainees that are required to work for 12 weeks during their first year.
[j] Students funded by the Ministry of Foreign Affairs' Official Development Assistance Programme, their partners and their children are eligible for all health services.
[k] Short-term (less than 6 months) students who are from countries that do not have a health care agreement with the United Kingdom are not entitled to coverage.
[l] Including multidisciplinary trauma counselling.
[m] Under the Interim Federal Health Program (IFHP).
[n] Must hold a valid visa with work rights in order to be covered.
[o] Claimants without visas are given financial assistance to cover healthcare and counselling services under the Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). Medical, dental and specialist treatment is available for unauthorized immigrants in detention centres as medically required.
[p] Adult asylum seekers qualify for subsidized emergency medical and dental care; prescription medications and costs are capped.
[q] Asylum seeking children are entitled to same health care as Swedish children. Maternity care, preventive child and antenatal care and dental care for children under 18 are free.
[r] Claimants/asylum seekers may also apply for exemption from standard charges for prescriptions, dental treatment, sight tests, glasses, wigs, and fabric supports and transportation fares to and from hospital.

Table 6
Time Period Between Arrival and Eligibility for Health Services Coverage as per Immigration Status: According to Country

Categories of Immigration Status	Canada[a]	Australia	Netherlands	New Zealand	Sweden	United Kingdom
Permanent Residents	V	2 years	I	I	3 mos.	I[b]
People with Employment Authorization	V	2 years	I	I	N	U
Students	V	N	N	N	N	U
Refugees	V	J	J	V[c]	J	V[d]
Refugee Claimants/ Asylum Seekers	V	6 months[e]	U	V[f]	U	V[g]

[a] Refer to Table 3.
[b] A person living in the United Kingdom for a settled purpose for more than six months is covered.
[c] Length of time for obtaining the Community Services Card, which entitles refugees to coverage, may vary.
[d] There is a registration process for determining free entitlement to services and this may delay access to coverage. For exemption from standard charges, there is also an application process, which is only available in English, is lengthy and requires renewal after 6 months.
[e] It takes 6 months for eligible claimants to be given financial assistance under the Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). There is immediate coverage for those in detention centres and for those with valid visas with work rights.
[f] Length of time for obtaining the Community Services Card, which entitles asylum seekers to coverage, may vary. Eligible only once they have lodged a claim and are awaiting a hearing.
[g] There is a registration process for determining free entitlement to services and this may delay access to coverage. For exemption from standard charges, there is also an application process, which is only available in English, is lengthy and requires renewal after 6 months.

Bibliography for Tables 1 to 6

Canadian Comparisons

Alberta

E. Skoropad, Ministry of Health and Wellness, Alberta. Request for information on provincial health insurance. April 2002. Internet communication.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. April 2002. "On-line with Alberta Health and Wellness." Available from www.health.gov.ab.ca.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. Information request on when eligibility for coverage commences. April 2002. Internet communication.

British Columbia

M. Van der Meij, Victoria Immigrant & Refugee Centre Society. Information request on access to health care for immigrant populations. April 2002. Internet communication.

Ministry of Health Services, British Columbia. April 2002. "Health Services." Available from www.gov.bc.ca/healthservices.

Manitoba

Government of Manitoba. April 2002. "Manitoba Health." Available from www.gov.mb.ca/health/index.html.

U. Wendt, Ministry of Health, Government of Manitoba. Request for information on public health for people not born in Canada. April 2002. Internet communication.

New Brunswick

Department of Health and Wellness, New Brunswick. April 2002. "Health and Wellness." Available from www.gnb.ca/0051/index-e.asp.

P. MacDonald, Ministry of Health, Government of New Brunswick . Request for information on health services for people not born in Canada.. March 2002. Internet communication.

Newfoundland

Department of Health and Community Services, Newfoundland and Labrador. March 2002. "Health and Community Services." Available from www.gov.nf.ca/deptnew.htm.

K. Dyer. Ministry of Health, Government of Newfoundland. Access to health care for immigrant populations in Newfoundland. March 2002. Internet communication.

Northwest Territories

Department of Health and Social Services, Northwest Territories. March 2002. "Health and Social Services." Available from www.hlthss.gov.nt.ca.

Nova Scotia

Department of Health, Nova Scotia. March 2002. "Department of Health." Available from www.gov.ns.ca/health.

Nunavut

Department of Health and Social Services, Nunavut. March 2002. "Department of Health and Social Services." Available from www.gov.nu.ca/hss.htm.

Prince Edward Island

B. MacLure, Department of Health and Social Services, Government of Prince Edward Island. Information on provincial health insurance. 2002. Internet communication.

Department of Health and Social Services, Prince Edward Island. March 2002. "Health and Social Services." Available from www.gov.pe.ca/hss.

Quebec

Portail Québec. March 2002. "Régie de l'assurance maladie du Québec." Available from www.ramq.gouv.qc.ca.

Régie de l'assurance maladie du Québec. February 2002. "Ce à quoi votre carte vous donne accès: le régime d'assurance maladie." Available from http://www.ramq.gouv.qc.ca/cit/acces/regime.htm.

S. Reichhold, Director, La Table de concertation des organismes de Montréal pour les réfugiés. April 2, 2002. Personal communication.

Saskatchewan

C. Gordon. Ministry of Health, Government of Saskatchewan. Health benefits eligibility. April 2002. Internet communication.

Saskatchewan Health. March 2002. "Health." Available from www.health.gov.sk.ca.

Yukon

Department of Health and Social Services, Yukon. March 2002. "Yukon Health and Social Services." Available from www.hss.gov.yk.ca.

International Comparisons

Canada

Citizenship and Immigration Canada. February 2002. "Interim Federal Health Program." Available from www.fasadmin.com/english/part1.html.

Citizenship and Immigration Canada. February 2002. "Immigrant Services: Health and Income Security." Available from www.cic.gc.ca/english/newcomer/fact_04e.html.

Australia

Australian Red Cross. March 2002. *Australian Red Cross Site*. Available from www.redcross.org.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australia. March 2002. "Seeking Asylum within Australia." Available from www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australia. March. 2002. "Immigration Detention." Available from www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australia. March 2002. "Overseas Students in Australia." Available from www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australia. March 2002. "Assistance for Asylum Seekers in Australia." Available from www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australia. March 2002. "Temporary Protection Visas." Available from www.immi.gov.au.

Health Insurance Commission, Australia. March 2002. "About the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)." Available from www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/apbs.htm.

Health Insurance Commission, Australia. March 2002. "Visitors Travelling to Australia." Available from www.hic.gov.au/yourhealth/services_for_travellers/vtta.htm.

Health Insurance Commission, Australia. March 2002. "About Medicare." Available from www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/am.htm.

Kelsall, L., C. Kiro, U. Antipas, W. Cook, J. Calveley, A. Mortensen, K. Boyle, S. Wells, M. Gardner, and R. Walker. 2001. *Health Needs Assessment 2001*. Australia: Auckland District Health Board.

Refugee Resettlement Advisory Council. March 2002. *Help for People Settling in Australia*. Available from www.immmi.gov.au/tis/index.html.

UNHCR. March 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - Australia*. Available from www.unhcr.org.

Netherlands

European Council on Refugees and Exiles (ECRE). February 2002. *The Netherlands*. Available from www.ecre.org/drc/netherlands.shtml.

Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague. 2000. *Health Insurance in the Netherlands. 1E.* Netherlands: International Publication Series.

UNHCR. March 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - Netherlands.* Available from www.unhcr.org.

New Zealand

Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care - A Handbook for Health Professionals.* New Zealand: Folio Communications Ltd.

New Zealand Ministry of Health. March 2002. "An overview of the health and disability sector in New Zealand, 2001." Available from http://www.moh.

New Zealand Ministry of Health. March 2002. "About the New Zealand health and disability System." Available from http://www.moh.govt.nz/moh.nsf.

UNHCR. March 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - New Zealand.* Available from www.unhcr.org.

Sweden

Centre for Evaluation of Social Services, National Board of Health and Welfare. March 2002. "Different Conditions – Different Health: A study of Immigrants from Chile, Poland, Iran and Turkey." Available from www.sos.se/sos/publ/refereng/0003003E.htm.

Department of Health Policy and Services. March 2002. "Health Care Systems in Transition: Sweden." Available from www.euro.int/documents/e72481.pdf.

European Council on Refugees and Exiles (ECRE). March 2002. *Sweden.* Available from www.ecre.org/drc/sweden.shtml.

Migration Board, Sweden. March 2002. "Refugee Reception." Available from www.migrationsvekert.se.

Migration Board, Sweden. March 2002. "The Costs of Refugee Reception." Available from www.migrationsvekert.se.

Migration Board, Sweden. March 2002. "Swedish Residence Permits for EU/EEA Citizens." Available from www.migrationsvekert.se.

Swedish Institute. March 2002. *The Health Care System in Sweden.* Available from www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf.

Swedish Institute. March 2002. *Immigrants in Sweden.* Available from www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf.

Swedish Institute. March 2002. *Social Insurance in Sweden.* Available from www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs5z.pdf

UNHCR. March 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - Sweden.* Available from www.unhcr.org.

United Kingdom

British Medical Association. March 2002. *Access to Health Care for Asylum Seekers.* Available from www.asylumsupport.info.

Department of Health Publications. March 2002. "NHS Booklet HC11-Help with Health Costs." Available from www.doh.gov.uk.

Home Office. 2000. *Full and Equal Citizens.* United Kingdom: IND Communications Team and Home Office Communication Directorate.

Immigration and Nationality Directorate. March 2002. "Asylum in the U.K., Once You are Here." Available from www.ind.homeoffice.gov.uk.

National Health Service (NHS). March 2002. "National Health Service Hospital Charges to Overseas Visitors." Available from www.doh.gov.uk/overseasvisitors/patientguide.htm.

Refugee Council. March 2002. *Support and Entitlements.* Available from www.refugeecouncil.org.uk.

The National Health Service. March 2002. "The NHS Explained." Available from www.nhs.uk.

United Kingdom, WHO Regional Office. 1999.*Health Care Systems in Transition.* United Kingdom: Author.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 40

La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants

par
Anita J. Gagnon, Ph.D.
Université McGill

novembre 2002

Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN

ISBN 0-662-87885-X

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Remerciements vii

Introduction 1

Portée du présent document 2

Contexte 3
- Les sous-groupes marginalisés au Canada 3
- Les nouveaux arrivants comme groupe potentiellement marginalisé 3

Les besoins des nouveaux arrivants 6
- La santé des nouveaux arrivants au Canada 6
- Les valeurs canadiennes liées à la réceptivité aux besoins des nouveaux arrivants 8
- Obstacles potentiels à l'accès et à l'utilisation 9
- Lignes directrices sur les « meilleures pratiques » liées à la prestation des des services de santé aux nouveaux arrivants 10
- Résumé des besoins des nouveaux arrivants 10

Réponses gouvernementales aux besoins de santé des nouveaux arrivants 11
- Méthodes 11
- Accès aux services 11
- Exemples de « meilleures pratiques » 14

Commentaires 17
- Dilemmes, défis et choix 17
- Recommandations 18

Conclusion 20

Bibliographie 21

Appendice 26

Points saillants

- Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*.

- Parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il y a les nouveaux arrivants au Canada, en particulier les personnes qui sont en situation précaire dans le système d'immigration, par exemple les demandeurs d'asile et les personnes à risque élevé comme les réfugiés qui arrivent au Canada en provenance de régions où il y a des conflits.

- Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels les nouveaux arrivants sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant à obtenir des soins, les barrières linguistiques, les soins non appropriés sur le plan culturel et les difficultés de cheminement dans le système de santé.

- Le Canada a répondu à certains besoins sur le plan de l'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), mais de sérieux obstacles persistent en ce qui a trait à l'accès aux services par l'intermédiaire de ce programme.

- Il y a de nombreuses autres approches que le Canada pourrait adopter pour améliorer davantage la réceptivité du système.

Sommaire

Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*. Cette loi a été élaborée en vue d'« égaliser » l'état de santé en « égalisant » l'accès aux services, considéré à l'époque comme le principal déterminant de la santé. De nos jours, parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il a les nouveaux arrivants au Canada et, plus précisément, les personnes qui ont un statut précaire dans le système d'immigration, comme les demandeurs d'asile, et les personnes à risque élevé, comme les réfugiés arrivant au Canada en provenance de régions où il y a des conflits. Les besoins particuliers des nouveaux arrivants ne sont souvent pas pris en compte de façon systématique. La présente étude décrit les variations dans les besoins de soins de santé selon la classification de l'immigration et tente de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants?

Le « système canadien de soins de santé » désigne ici les services fournis ou appuyés par l'un ou l'autre des paliers de gouvernement. Aux fins de la présente étude, l'expression « nouveaux arrivants » signifie principalement les populations mobiles suivantes : les résidents permanents, les personnes possédant un permis de travail, les étudiants étrangers, les réfugiés et les demandeurs d'asile. La mesure dans laquelle nous pouvons répondre à cette question est limitée par les contraintes d'espace et de temps fixées par la Commission. En outre, nous n'avions pas assez de temps pour procéder à une vérification détaillée des résultats. L'étude ne vise donc pas à présenter un examen exhaustif de la documentation ou des services offerts. Plutôt, elle vise à présenter des données suffisamment détaillées pour permettre de faire des comparaisons générales au sujet de la prestation des services à ces populations dans les provinces et territoires canadiens et dans cinq pays étrangers (Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède et Royaume-Uni). Ces comparaisons serviront de point de référence pour l'analyse de la mesure dans laquelle le Canada répond de façon optimale aux besoins de ce groupe marginalisé.

La santé d'un nouvel arrivant varie vraisemblablement en fonction des antécédents de migration, bien que les bases de données soient inadéquates pour répondre directement à cette question. On peut s'attendre à ce que les migrants qui ne sont pas forcés de quitter leur pays d'origine aient un profil de risque sanitaire moins élevé que les personnes qui sont expulsées. Nous savons que les nouveaux arrivants sous-utilisent les services et il se peut que certains Canadiens préfèrent que l'on accorde aux nouveaux arrivants un accès limité aux services. Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels ces personnes sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant des soins, les barrières linguistiques, des soins non appropriés sur le plan culturel, ainsi que les difficultés de cheminement dans le système de santé. On peut concevoir les soins optimaux comme étant fondés sur certaines valeurs fondamentales : l'accès, l'inclusion, l'habilitation, les services définis en fonction des usagers, l'holisme, le respect, la sensibilité culturelle, le développement communautaire, la collaboration, l'obligation de rendre compte, l'orientation sur le changement positif et la fiabilité (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998).

Nous avons recherché, colligé et compilé les renseignements sur l'accès aux services pour toutes les provinces et territoires aux fins de comparaison. Certains pays ont aussi été choisis aux fins de comparaison en fonction de la similitude des profils d'immigration, des systèmes

économiques et des structures des systèmes de santé. La grande majorité des renseignements a été obtenue en faisant des recherches poussées sur des sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux et dans la documentation qui y est citée, et en contactant subséquemment des personnes et des organisations par courrier électronique pour obtenir l'information manquante. Des renseignements ont été demandés aux ministères de la santé, aux organismes gouvernementaux d'assurance-maladie, aux ministères de l'immigration, aux organismes régionaux de services de santé et de services sociaux, aux principaux bureaux municipaux, provinciaux, territoriaux et nationaux, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales (ONG), y compris celles agissant comme organisations ombrelles pour les autres ONG et celles qui servent directement les migrants. Les moteurs de recherche Google, Yahoo et Alta Vista ont été employés. Les bases de données électroniques documentaires ont aussi été consultées pour un supplément d'information. Les références bibliographiques provenant des textes répertoriés ont aussi fait l'objet d'un examen. Le « serveur de listes » du Conseil canadien pour les réfugiés a servi à identifier des exemples de cas posant un problème d'accès pour les nouveaux arrivants.

Le Canada a répondu à certains besoins d'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cependant, de sérieuses difficultés persistent au niveau de l'accès aux services dans le cadre de ce programme, notamment les longs délais de traitement des dossiers d'immigration, les erreurs dans les formulaires remplis, la couverture limitée aux services essentiels et le fardeau administratif imposé aux prestateurs de services. D'autres pays comparables n'ont généralement pas créé de mécanisme de financement distinct pour les soins de santé dispensés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile; ils ont plutôt limité l'accès aux services disponibles selon la catégorie d'immigration et la durée de séjour au pays.

À travers le Canada et au niveau national, il existe plusieurs programmes spéciaux à l'intention des nouveaux arrivants qui respectent à de nombreux égards les lignes directrices sur les « meilleures pratiques ». Les exemples de « meilleures pratiques » d'autres pays dont le Canada pourrait vouloir s'inspirer englobent les lois linguistiques de la Nouvelle-Zélande qui prévoient le recours aux services d'un interprète pour toute personne qui en a besoin, les services d'interprétation étendus existant en Australie, et les centres multidisciplinaires de réinstallation en Nouvelle-Zélande qui offrent toute une gamme de services aux réfugiés nouvellement arrivés sur une base périodique. Parmi les initiatives recouvrant plus d'un pays qui pourraient intéresser le Canada il y a les Réseaux de l'Union européenne, qui vise à solutionner les questions de réinstallation communes, et le CIRT, auquel participent déjà plusieurs organismes canadiens.

En conclusion, le Canada s'est montré modérément réceptif aux besoins de santé des nouveaux arrivants. Il y a de nombreuses approches que le Canada pourrait adopter en vue d'améliorer davantage la réceptivité du système. Parmi celles-ci, mentionnons la réduction du fardeau administratif imposé aux prestateurs de soins de santé dans le cadre du PFSI et la réduction des délais d'accès au programme, l'accès généralisé à des services d'interprétation et l'amélioration du contenu des banques de données sur la santé afin de permettre l'examen de l'état de santé et des soins de santé des nouveaux arrivants selon la catégorie d'immigration.

Remerciements

Je voudrais remercier Claude-Catherine Lemoine, Carla Pascoe et Robert Sewell pour leur diligence et leur persévérance dans le travail de recherche et de compilation d'une bonne partie des renseignements requis pour la production des tableaux qui accompagnent cette étude.

Introduction

Il subsiste beaucoup de variations dans l'état de santé des personnes vivant au Canada en dépit de l'existence de la *Loi canadienne sur la Santé*. Cette loi a été élaborée en vue d'« égaliser » l'état de santé en « égalisant » l'accès aux services, considéré à l'époque comme le principal déterminant de la santé. De nos jours, parmi les personnes qui ont des besoins de soins de santé particuliers, il a les nouveaux arrivants au Canada et, plus précisément, les personnes qui ont un statut précaire dans le système d'immigration, comme les demandeurs d'asile, et les personnes à risque élevé, comme les réfugiés arrivant au Canada en provenance de régions où il y a des conflits. Les besoins particuliers des nouveaux arrivants ne sont souvent pas pris en compte de façon systématique. La présente étude décrit les variations dans les besoins de soins de santé selon la classification de l'immigration et tente de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants?

Portée du présent document

Le présent document vise à répondre à la question suivante : Dans quelle mesure le système canadien de soins de santé répond-il aux besoins des nouveaux arrivants? Le « système canadien de soins de santé » désigne ici les services fournis ou appuyés par l'un ou l'autre des paliers de gouvernement. Aux fins de la présente étude, l'expression « nouveaux arrivants » signifie principalement les populations mobiles suivantes : les résidents permanents, les personnes possédant un permis de travail, les étudiants étrangers, les réfugiés et les demandeurs d'asile. La mesure dans laquelle nous pouvons répondre à cette question est limitée par les contraintes d'espace et de temps fixées par la Commission. En outre, nous n'avions pas assez de temps pour procéder à une vérification détaillée des résultats. L'étude ne vise donc pas à présenter un examen exhaustif de la documentation ou des services offerts. Plutôt, elle vise à présenter des données suffisamment détaillées pour permettre de faire des comparaisons générales au sujet de la prestation des services à ces populations dans les provinces et territoires canadiens et dans cinq pays étrangers (Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède et Royaume-Uni). Ces comparaisons serviront de point de référence pour l'analyse de la mesure dans laquelle le Canada répond de façon optimale aux besoins de ce groupe marginalisé.

Contexte

Les sous-groupes marginalisés au Canada

Les Canadiens et les autres personnes vivant au Canada sont généralement en santé (Organisation de coopération et de développement économiques, 2001), bien qu'il subsiste d'importantes différences dans la santé des sous-populations même après l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, qui garantit l'accès aux services hospitaliers et médicaux à la plupart des gens. Si des différences persistent même avec l'accès « universel » aux services, des facteurs autres que les services doivent alors jouer un rôle, ce qui a été clairement énoncé dans la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986). Les catégories de déterminants de la santé proviennent de travaux réalisés pour les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé et englobent : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le milieu physique, la biologie et le bagage génétique, les pratiques personnelles en matière de santé et l'aptitude à s'adapter, un sain développement durant l'enfance et les services de santé (Huff et Kline, 1999; ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994). Chaque catégorie influe différemment sur la santé.

Si l'objectif des divers paliers du gouvernement au Canada est de maximiser la santé de la population, alors les réactions potentielles du gouvernement doivent être comprises dans ce cadre général. Avec cela à l'esprit, les groupes marginalisés peuvent se définir comme ceux qui sont désavantagés par rapport à l'un ou plusieurs des déterminants reconnus de la santé. Ces groupes peuvent comprendre les personnes ayant un handicap physique ou mental, les autochtones, les personnes vivant dans la pauvreté ou les nouveaux arrivants, pour ne nommer que ceux-là.

Les nouveaux arrivants comme groupe potentiellement marginalisé

Une personne sur six au Canada est un nouvel arrivant (Statistique Canada, 1996) et les migrants les plus récents au Canada ont une probabilité plus grande d'appartenir à une minorité visible, de provenir d'un pays moins développé et d'être plus jeunes que les personnes arrivées antérieurement. Les nouveaux arrivants forment un groupe hétérogène. Celui-ci comprend, par exemple, les personnes arrivant au Canada dans la catégorie des immigrants indépendants, y compris les investisseurs qui ont d'importantes ressources économiques et autres, les immigrants de la catégorie des parents, qui viennent retrouver leur famille et qui, par conséquent, disposent souvent d'une structure de soutien social à leur arrivée, et les réfugiés, qui peuvent avoir de sérieux antécédents de violence, des ressources économiques et éducatives variées et une structure de soutien social limitée. Les expressions « immigrant admis » et « résident permanent » sont employées indistinctement, la dernière étant l'expression préférée dans plusieurs pays (par conséquent, c'est celle qui est utilisée dans le présent texte). Le tableau 1 résume les données canadiennes sur l'immigration.

Tableau 1
Nouveaux arrivants au Canada, données de 2000

Catégorie de nouveaux arrivants		Nombre
Résidents permanents (statut d'immigrant admis)	Catégorie de la famille	60 515
	Catégorie économique	132 118
	Aides familiales résidantes	2 784
	Candidats d'une province	1 252
	Catégorie des immigrants visés par une mesure de renvoi à exécution différée	297
	Catégorie des demandeurs non reconnus du statut de réfugié au Canada	163
Travailleurs temporaires		86 225
Étudiants		63 618
Réfugiés admis (réfugiés au sens de la Convention)	Parrainés par le gouvernement	10 661
	Parrainés par des organismes du secteur privé	2 905
	Personnes à charge à l'étranger	3 486
	Admis au Canada	12 978
Demandeurs du statut de réfugié/d'asile (y compris les résidents temporaires autorisés à demeurer au Canada pour des motifs humanitaires, c.-à-d. des personnes provenant de pays figurant sur la liste du moratoire, celles détenant une autorisation du ministre et celles ayant des antécédents de réfugiés mais qui n'ont pas déposé une demande de statut de réfugié).		35 368

Sources : Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a; Citoyenneté et Immigration Canada, 2001b.

Chaque catégorie de nouvel arrivant a des besoins différents en matière de réinstallation et la classification administrative de la personne migrante détermine son admissibilité aux services de santé et aux services sociaux offerts par le gouvernement. Les études portant sur les nouveaux arrivants n'ont pu traiter des effets de cette hétérogénéité parce qu'elles auraient nécessité l'application de stratégies d'échantillonnage spécifiques pour faire en sorte qu'il y ait un nombre adéquat de personnes dans les diverses catégories administratives d'immigrants.

Les bases de données nationales existantes sont inadéquates pour étudier la complexité des déterminants de la santé des nouveaux arrivants (Dunn et Dyck, 1998). Ainsi, le Recensement canadien renferme des données, pour l'ensemble de la population, sur la langue maternelle et la langue parlée à la maison, le nombre d'immigrants admis (toutes catégories) et le moment auquel ils ont été admis (c.-à-d. ≤ 3 ou 5 années antérieures), les résidents non permanents, l'origine ethnique, les membres de la communauté « noire » et l'appartenance religieuse (Gravel et Battaglini, 2000). L'historique de la migration et les effets connexes ne peuvent être précisés

avec des données agrégées de cette façon. Les données sur les naissances et les décès sont aussi des statistiques pertinentes mais, encore une fois, sans le niveau de détail requis pour examiner les questions pertinentes aux diverses catégories de migrants. Les antécédents de migration que présentent certains nouveaux arrivants et la variation dans l'accès aux services selon la catégorie d'immigration incitent à penser qu'un nombre important de nouveaux arrivants devraient être considérés comme marginalisés, les personnes appartenant à la catégorie des réfugiés et des demandeurs d'asile étant celles dont l'état de santé est le plus précaire.

Le terme « réfugié » signifie « réfugié au sens de la Convention » puisque, dans la grande majorité des cas, ces personnes répondent à la définition de réfugié du HCNUR, c'est-à-dire une personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. » (HCNUR, 2000) Le classement dans la catégorie des « réfugiés » se produit principalement de deux façons au Canada : i) en ayant été sélectionné à l'étranger dans le cadre du processus du HCNUR; ii) au terme de l'acceptation d'une demande d'asile. Les demandes d'asile sont évaluées par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR). Les personnes sont classées comme « demandeurs d'asile » jusqu'à ce que leur dossier ait été évalué par la CISR. Les demandes d'asile peuvent être présentées à deux endroits. Premièrement, la demande peut être demandée à la frontière, auquel cas ces personnes sont appelées des « demandeurs à la frontière » ou des « demandeurs au point d'entrée ». Deuxièmement, la demande peut être présentée alors que la personne se trouve déjà au pays, auquel cas elle est appelée « demandeur de l'intérieur ». La distinction entre « réfugié », « demandeur à la frontière » et « demandeur à l'intérieur » est importante parce qu'elle permet de supposer que différents déterminants opèrent à des degrés divers sur la santé de ces personnes et influeront sur leur état de santé et leur réaction à la maladie. Cette classification administrative définit par la suite les services de santé auxquels ces personnes pourront avoir accès, et le moment où elles pourront le faire. Les détails de ces aspects seront examinés un peu plus loin.

L'immigration au Canada au cours des dernières décennies a atteint 17,4 p. 100 de la population totale (Statistique Canada, 2000). Sur un total de 3,5 millions d'immigrants entrés au pays entre 1979 et 1999, 531 417 personnes étaient des réfugiés, la moyenne au cours des cinq dernières années atteignant 24 000 personnes annuellement (dont 7 000 sélectionnées par les mécanismes du HCNUR) (Citoyenneté et Immigration Canada, 2000). Les régions sources de migration durant cette période ont été principalement l'Asie, le Pacifique, l'Afrique et le Moyen-Orient. Il est à noter que les réfugiés, les demandeurs d'asile et les immigrants illégaux se concentrent dans les grands centres urbains au Canada; par conséquent, le fardeau des soins de santé qu'ils requièrent incombe de façon disproportionnée à ces régions.

Les besoins des nouveaux arrivants

La santé des nouveaux arrivants au Canada

Les différences entre les expériences vécues par les personnes appartenant aux diverses catégories d'immigration ont déjà été étudiées (Gravel et Battaglini, 2000). Considérés globalement, les nouveaux arrivants proviennent de multiples ethnies, leur langue maternelle et leur langue parlée varient, et ils révèlent une diversité de traditions religieuses, de modes de vie et d'affiliations politiques. Par opposition aux « réfugiés », les immigrants « indépendants » ou ceux appartenant à la catégorie de la « famille » choisissent de venir au Canada et sont motivés à quitter leur pays pour aller s'établir ailleurs dans l'espoir d'y mener une vie meilleure. Leur départ est planifié et ces personnes peuvent retourner dans leur pays d'origine si elles le souhaitent. Par contre, les « réfugiés » sont forcés de quitter leur pays pour assurer leur survie et ne peuvent retourner dans leur pays d'origine. Tous les immigrants traversent des stades d'ajustement; cependant, le caractère permanent et forcé de l'expérience de migration des réfugiés rend leur intégration à la société plus difficile (Sundquist et coll., 2000, p. 357-365).

Ces variations dans les scénarios de migration laissent penser que de nombreux déterminants de la santé liés à la migration doivent être examinés (Gagnon, Merry et Robinson, 2002). Parmi ceux-ci, mentionnons le fait que le départ du pays d'origine ait été forcé, le fait que la personne provienne d'une région rurale plutôt que d'une région urbaine, l'expérience de la guerre dans le pays d'origine, l'expérience de la vie dans un camp, des antécédents de torture ou d'abus, la séparation de la famille, la présence d'une « communauté familière » dans le nouveau pays, la durée de séjour dans le nouveau pays, la capacité de parler une langue officielle, l'expérience de la discrimination et le changement de statut social. Parmi les autres déterminants bio-psychosociaux qui sont particulièrement pertinents dans le cas des migrants, il y a les habitudes alimentaires acquises et celles du pays d'accueil, l'état nutritionnel, l'exposition aux maladies infectieuses, l'isolation sociale, le stress et l'anxiété, l'habileté à gérer le stress, la dépression, un état de stress post-traumatique, les troubles de somatisation, les services disponibles/reçus (occidentaux et traditionnels), l'habileté à s'exprimer dans une langue officielle et la similitude de culture avec celle du prestateur. Les femmes sont exposées à des risques supplémentaires, ce qui incite à prendre en considération des facteurs tels que la violence à caractère sexuel (y compris le viol), les soins postérieurs à un avortement, l'exposition aux MTS/VIH et les grossesses résultant d'un viol.

Les immigrants en général

On a constaté que les immigrants au Canada et aux États-Unis étaient généralement en meilleure santé que leurs concitoyens nord-américains, bien qu'ils perdent progressivement cet avantage (Chen, Ng et Wilkins, 1996, p. 33-45; Parakulam, 2000, p. 311-314; Pomerleau, 1997, p. 337-345; Rumbaut, 1996, p. 337-391; Weeks, 2000, p. 327-334). Les immigrants doivent respecter certains critères de santé et autres pour être acceptés au Canada et ils doivent avoir suffisamment de ressources économiques pour compléter le processus d'immigration, ce qui entraîne vraisemblablement un effet d'« immigrant en santé ». Les personnes appartenant à diverses catégories d'immigration ne sont habituellement pas départagées dans ces études.

Ainsi, il est probable que l'état de santé des immigrants de la catégorie « économique » ou de celle de la « famille » domine les données sur les nouveaux arrivants des autres catégories d'immigration en raison du nombre de personnes appartenant à ces deux catégories [90 p. 100 des immigrants sont classés soit dans la catégorie « économique » soit dans la catégorie de la « famille » (Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a)].

La santé des réfugiés

Les études canadiennes portant sur la santé des réfugiés et des demandeurs d'asile ont examiné la santé en général (Thonneau, Gratton et Desrosiers, 1990, p. 182-186) et la santé mentale (Beiser et coll., 1995, p. 67-72; Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86; Beiser et Fleming, 1986, p. 627-639; Beiser et Hyman, 1997, p. 996-1002; Dillmann, Pablo et Wilson, 1993, p. 253-258; Stephenson, 1995, p. 1631-1642). Deux études ont décrit l'état de santé général des réfugiés et des demandeurs d'asile au Canada. La première, réalisée à Calgary, met en lumière la *santé des réfugiés parrainés par le gouvernement au Canada* (les personnes sélectionnées à l'étranger par l'entremise du HCNUR et appartenant à la catégorie des « réfugiés »). Parmi les problèmes de santé les plus fréquemment décelés chez les 1 104 réfugiés parrainés par le gouvernement qui sont arrivés à Calgary au début des années 90, il y avait les infections des voies respiratoires supérieures (17,8 p. 100), une mauvaise vision (15,4 p. 100), des urgences dentaires (12,8 p. 100), des infections de l'oreille (7,4 p. 100), des problèmes gynécologiques (6,1 p. 100) et des troubles obstétricaux (5,6 p. 100). Vingt-deux personnes (5,8 p. 100) ont requis une hospitalisation d'urgence (Dillmann, Pablo et Wilson, 1993, p. 253-258).

La seconde étude, réalisée à Montréal en 1985-1986, met en lumière la *santé des réfugiés qui ont demandé l'asile au Canada à la frontière une fois rendus au pays* (par opposition au processus du HCNUR; c.-à-d. des « demandeurs d'asile ») (Thonneau, Gratton et Desrosiers, 1990, p. 182-186). Ainsi, 1 994 demandeurs ont subi un examen médical à une clinique choisie par le gouvernement du Québec pour prendre en charge la prestation des soins aux demandeurs du statut de réfugié. Quelque 87 p. 100 de ces personnes étaient considérées en bonne santé, 3 p. 100 avaient un handicap sérieux ou une maladie chronique, tandis que 10 p. 100 étaient en mauvaise santé. Les problèmes de santé décelés comprenaient des carences nutritionnelles, une croissance retardée, l'anémie, des infections parasitaires, la syphilis, un risque de tuberculose, une vaccination inadéquate et des marques de torture physique. Dans d'autres groupes de réfugiés récemment arrivés, on a observé un profil de santé similaire, marqué par la malnutrition, la déshydratation, des problèmes gastro-intestinaux, des dermatoses parasitaires, des poux, des maladies cutanées mineures et l'hépatite B (Kent, 2000, p. 256).

Une étude sur la santé mentale des réfugiés et des immigrants au Canada (Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86), fondée essentiellement sur les expériences de réfugiés provenant d'Asie du Sud-Est, a montré que l'exposition au stress catastrophique tel que la torture et le viol peut engendrer un stress post-traumatique, que les femmes étaient exposées à un risque accru de troubles mentaux avec le temps, et que les adolescents et les femmes âgées pouvaient être exposés à un risque plus élevé en raison des attentes conflictuelles des parents et des pairs dans le cas des adolescents et de la valeur plus grande accordée à la jeunesse par rapport à la sagesse dans le cas des personnes âgées (Beiser, Dion, Gotowiec, Hyman et Vu, 1995, p. 67-72; Beiser et Edwards, 1994, p. 73-86). Le chômage a été évoqué comme un sérieux problème parce que les

réfugiés admis pour des raisons d'ordre humanitaire peuvent ne pas avoir d'antécédents professionnels les rendant employables. Une séparation prolongée de la famille pourrait aussi avoir un effet psychologique néfaste. Par contre, on a constaté que la réinstallation est facilitée par l'accès à des sources de soutien matériel adéquat, la présence d'une collectivité ethnique familière (qui peut jouer un rôle psychologique en offrant une communauté d'accueil à certains groupes ethniques) et la force morale individuelle.

Groupes à risque plus élevé

Tel qu'indiqué précédemment, les réfugiées sont exposées à des risques encore plus grands associés à la procréation et à la santé sexuelle. Les enfants représentent un autre sous-groupe à risque en raison de leur vulnérabilité et de l'augmentation du nombre d'enfants arrivant au Canada non accompagnés (Citoyenneté et Immigration Canada, 2001a). Les migrants ayant fait l'objet d'un trafic constituent une autre catégorie à risque élevé (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1998). Les Nations Unies estiment que quatre millions de personnes font l'objet d'un trafic international annuellement. Parmi celles-ci, on compte 700 000 femmes et enfants. Il y a trafic lorsqu'un migrant est illégalement recruté et/ou déplacé par des moyens frauduleux ou la coercition à des fins d'exploitation économique ou autres, dans des conditions qui violent ses droits humains fondamentaux (Organisation internationale pour les migrations, 2001). La promesse d'un meilleur emploi faite par les personnes qui s'adonnent à la contrebande d'êtres humains ou l'espérance d'une meilleure vie entraîne souvent les migrants à acheter des services d'immigration illégaux ou irréguliers sans connaître les risques qu'ils courent (Gushulak et MacPherson, 2000, p. 67-78). Les nombres de migrants ayant fait l'objet d'un trafic et le degré de risque que comporte le moyen de transport pourraient aller en augmentant (Organisation internationale pour les migrations, 2001). Les mauvaises conditions de vie et de travail stimulent la migration irrégulière et les mêmes facteurs sont associés à une mauvaise santé. Parmi les autres groupes de migrants exposés à un risque plus grand, il y les personnes qui se trouvent dans une position de dépendance, par exemple celles détenant un visa de fiancé ou un visa de travail temporaire et les personnes participant au Programme concernant les aides familiaux résidants.

Les valeurs canadiennes liées à la réceptivité aux besoins des nouveaux arrivants

Les attitudes des Canadiens à l'égard de l'immigration et de la politique d'immigration ont été comparées à celles des ressortissants d'autres pays à l'aide de données recueillies dans le cadre d'enquêtes nationales réalisées dans tous ces pays entre 1970 et 1995 (Simon et Lynch, 1999, p. 455-467). Une plus grande proportion de Canadiens que d'Américains favorise un accroissement de l'immigration; pourtant, la proportion ne dépasse jamais 17 p. 100 de la population. La proportion des personnes qui préféreraient une baisse de l'immigration varie de 32 à 55 p. 100, avec une moyenne de 42 p. 100, ce qui est inférieur à la moyenne observée en Australie par plus de 20 points de pourcentage et de celle observée au Royaume-Uni par 10 points de pourcentage. La moyenne aux États-Unis est plus rapprochée, variant de 33 à 66 p. 100 des répondants qui préféreraient une baisse de l'immigration, avec une moyenne de 49,7 p. 100. Les réponses à une question posée aux Canadiens en 1993 sur la façon dont ils percevaient l'augmentation du nombre d'immigrants venant d'Asie, des Antilles et d'autres pays

du « tiers monde » ont révélé que seulement 20 p. 100 considéraient qu'il s'agissait d'une bonne chose. On a constaté que les déterminants des attitudes négatives envers l'immigration découlaient d'une interdépendance complexe de facteurs qui englobe le taux de chômage et le racisme (Palmer, 1996, p. 180-192). En l'absence d'autres données, ces études pourraient laisser penser que certains Canadiens ne sont pas en faveur de dispenser des services aux nouveaux arrivants, bien que cela ne puisse être confirmé. Si cette observation était confirmée, il pourrait y avoir une variation dans le degré de soutien selon la catégorie d'immigration (humanitaire par rapport à non humanitaire).

Obstacles potentiels à l'accès et à l'utilisation

On a aussi constaté que les immigrants sous-utilisaient les services de santé auxquels ils étaient admissibles (Hyman, 2001). Les obstacles concernant les services utilisés par les migrants sont nombreux, mais on peut les regrouper en trois grandes catégories. La première est la crainte qu'ont ces personnes de s'adresser au système, parce qu'elles peuvent penser qu'on les considérera comme un fardeau et que cela sera défavorable à leur demande d'immigration (communication personnelle, A. Li); la seconde a trait aux soins culturellement non appropriés et aux obstacles linguistiques; enfin, la troisième est liée aux difficultés de cheminement dans le système. Il existe une abondante documentation décrivant les effets de soins culturellement non appropriés pour divers groupes culturels. De façon générale, on suggère aux prestateurs de soins de santé de se renseigner sur les caractéristiques culturelles de leurs patients, leur structure familiale et leurs pratiques avant de commencer à développer une relation professionnelle (Hamilton, 1996, p. 585-587). Ils sont ensuite en mesure d'offrir des explications naturellement acceptables sur les questions de santé.

Le développement d'une relation de confiance peut aussi être plus difficile lorsque le patient et le prestateur ne parlent pas une langue commune (Bowen, 2000; Davies et Yoshida, 1981, p. 22-23). Dans ces cas, un interprète peut être requis, ce qui compromet la vie privée du patient; souvent, un membre de la famille est invité à offrir ce service, ce qui change les relations de pouvoir au sein de la famille. Les services de counselling sont extrêmement difficiles à gérer dans ces situations. Les obstacles linguistiques ont un lien avec le retard à demander des soins, une compréhension réduite, une piètre conformité et de mauvais résultats sur le plan de la santé. Le consentement informé pour la prestation de soins est difficile à obtenir dans ces conditions.

Les problèmes de cheminement dans le « système » ne sont pas seulement vécus par les nouveaux arrivants, mais se trouvent aggravés par les obstacles linguistiques et culturels et les attentes du nouvel arrivant, qui découlent habituellement des expériences vécues dans le système du pays d'origine. Un autre obstacle « systémique » est la sous-représentation des minorités immigrantes et des minorités raciales, en particulier les femmes, dans les professions de la santé (où la formation reçue à l'étranger cause un problème) et au sein des conseils d'administration des hôpitaux, des universités et d'autres grandes institutions qui définissent les politiques de soins de santé (Simms, 1996).

Lignes directrices sur les « meilleures pratiques » liées à la prestation des services de santé aux nouveaux arrivants

Le Conseil canadien pour les réfugiés a publié un ouvrage intitulé *Les meilleures pratiques en matière d'établissement* qui renferment des lignes directrices sur les meilleures pratiques (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998). Les services devraient : 1) être accessibles à ceux qui en ont besoin; 2) être offerts de façon inclusive, respectueuse et sensible à la diversité; 3) habiliter le client; 4) répondre aux besoins tels que définis par les utilisateurs; 5) tenir compte des dimensions complexes, multidimensionnelles et interdépendantes de l'établissement et de l'intégration; 6) respecter pleinement les droits et la dignité de la personne; 7) être dispensés d'une façon qui témoigne d'une sensibilité culturelle; 8) promouvoir le développement des collectivités de nouveaux arrivants et de leur participation à la société en général et la formation de collectivités accueillantes pour les nouveaux arrivants; 9) se dérouler dans un esprit de collaboration; 10 être assujettis à l'obligation de rendre compte aux collectivités desservies; 11) viser à susciter un changement positif dans la vie des nouveaux arrivants et dans la capacité de la société d'offrir l'égalité des chances à tous; 12) être fondés sur des données fiables et à jour. Même si ces lignes directrices n'ont pas été rédigées expressément pour la prestation des services de santé, elles offrent un cadre d'examen du système canadien de soins de santé afin de voir dans quelle mesure il répond aux besoins des nouveaux arrivants. Les normes nationales adoptées aux États-Unis peuvent aussi être utiles (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Résumé des besoins des nouveaux arrivants

La santé d'un nouvel arrivant varie vraisemblablement en fonction des antécédents de migration, bien que les bases de données soient inadéquates pour répondre directement à cette question. On peut s'attendre à ce que les migrants qui ne sont pas forcés de quitter leur pays d'origine aient un profil de risque sanitaire moins élevé que les personnes qui sont expulsées. Nous savons que les nouveaux arrivants sous-utilisent les services et il se peut que certains Canadiens préfèrent que l'on accorde aux nouveaux arrivants un accès limité aux services. Parmi les obstacles à l'accès aux soins auxquels ces personnes sont admissibles, il y a la crainte de compromettre une demande d'immigration en cherchant à obtenir des soins, les barrières linguistiques, des soins non appropriés sur le plan culturel, ainsi que les problèmes de cheminement dans le système de santé. On peut concevoir les soins optimaux comme étant fondés sur certaines valeurs fondamentales : l'accès, l'inclusion, l'habilitation, les services définis en fonction des usagers, l'holisme, le respect, la sensibilité culturelle, le développement communautaire, la collaboration, l'obligation de rendre compte, l'orientation sur le changement positif et la fiabilité (Conseil canadien pour les réfugiés, 1998).

Réponses gouvernementales aux besoins de santé des nouveaux arrivants

Méthodes

Nous avons recherché, colligé et compilé des données sur l'accès aux services dans toutes les provinces et tous les territoires pour fins de comparaison. Certains pays ont aussi été sélectionnés aux mêmes fins parce qu'ils présentaient des profils d'immigration, des systèmes économiques et des structures de systèmes de santé similaires. En grande majorité, ces renseignements ont été obtenus en faisant des recherches poussées sur des sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux et dans la documentation qui y est citée, et en contactant subséquemment des personnes et des organisations par courrier électronique pour obtenir l'information manquante. Des renseignements ont été demandés aux ministères de la santé, aux organismes gouvernementaux d'assurance-maladie, aux ministères de l'immigration, aux organismes régionaux de services de santé et de services sociaux, aux principaux bureaux municipaux, provinciaux, territoriaux et nationaux, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales (ONG), y compris celles agissant comme organisations ombrelles pour les autres ONG et celles qui servent directement les migrants. Les moteurs de recherche Google, Yahoo et Alta Vista ont été employés. Les bases de données électroniques documentaires ont aussi été consultées pour un supplément d'information. Des références bibliographiques trouvées dans les textes répertoriés ont aussi fait l'objet d'un examen. Le « serveur de listes » du Conseil canadien pour les réfugiés a servi à identifier des exemples de cas posant un problème d'accès pour les nouveaux arrivants.

Accès aux services

Les tableaux 1 à 6, présentés en appendice, renferment des données détaillées sur l'accès aux services. Une légende des tableaux se trouve au début de l'appendice et une bibliographie des documents utilisés pour compiler cette information suit le dernier tableau.

Comparaisons interprovinciales / territoriales

La *Loi canadienne sur la santé* garantit aux Canadiens l'accès aux services hospitaliers et médicaux (Romanow, 2002). L'accès aux autres services de santé varie selon la province, notamment les autres services professionnels (comme les soins infirmiers), les soins préventifs, les soins à domicile, les soins à long terme, les soins dentaires et l'assurance-médicaments (hors de l'hôpital). La couverture est décrite en détail au tableau 1; certains services professionnels non médicaux sont assurés dans neuf provinces ou territoires, certains services de prévention sont assurés dans cinq cas, les soins à domicile dans cinq cas, les soins à long terme dans deux cas, certains soins dentaires dans onze cas et certains médicaments dans huit provinces ou territoires.

L'accès à ces services varie d'une province à l'autre, selon les catégories d'immigration : résidents permanents, personnes détenant un permis de travail, étudiants, conjoints des étudiants, réfugiés et, enfin, demandeurs d'asile. Les variations entre les provinces et territoires au niveau de l'accès aux services selon le statut d'immigration sont décrites en détail au tableau 2.

Comme on peut le voir, les immigrants admis ont accès aux mêmes services que les Canadiens. Les personnes qui possèdent un permis de travail ont le même accès, selon la durée de validité du permis; dans toutes les provinces sauf trois, le permis doit avoir une durée de six ou de douze mois. Les étudiants et leurs conjoints ne sont pas couverts spécifiquement dans quatre provinces. Les régimes provinciaux ou le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), décrit ci-dessous, couvrent les réfugiés selon le cas. Les demandeurs d'asile ne sont pas couverts en vertu des régimes provinciaux; ils le sont par contre en vertu du PFSI.

L'étape du processus d'immigration à partir de laquelle les requérants sont couverts pour ces services varie aussi considérablement et des données détaillées sur cet aspect sont présentées au tableau 3. Le délai qui s'écoule avant que ne débute la couverture, pour toutes les catégories d'immigration sauf celle des réfugiés et des demandeurs d'asile, peut aller jusqu'à trois mois dans toutes les provinces sauf la Nouvelle-Écosse, où les personnes détenant un permis de travail n'y ont accès qu'après six mois et les étudiants, après douze mois. Dans les provinces où les réfugiés bénéficient d'une couverture, le délai d'accès au régime provincial varie; le délai le plus court est dans les Territoires du Nord-Ouest où l'accès est immédiat. Il y a un délai de deux à trois semaines au Québec, un délai de trois mois en Colombie-Britannique et en Ontario, tandis qu'au Manitoba le moment où débute la protection dépend de la période visée par le permis de travail. C'est pour les demandeurs d'asile qu'il y a le moins d'information. Cependant, des rapports provenant de la Colombie-Britannique indiquent un délai d'une à quatre semaines; au Québec, le délai varie du jour même à dix semaines, tandis qu'en Ontario il varie de quatre semaines à six mois. La variation observée dans le délai d'accès pour les personnes entrant dans ces deux dernières catégories d'immigration laisse penser qu'elles dépendent davantage du PFSI.

Soins assurés directement par le gouvernement canadien

Le PFSI a été mis en place pour des raisons humanitaires afin de permettre aux demandeurs du statut de réfugié (demandeurs d'asile), aux réfugiés au sens de la Convention et aux autres catégories désignées pour des motifs humanitaires de recevoir les soins de santé essentiels (Citoyenneté et Immigration Canada, 1998). Ce programme ne vise pas à remplacer les régimes de santé des provinces et n'offre pas la même couverture que celle dont bénéficient les résidents permanents. L'admissibilité à ce programme est déterminée par le manque démontré de ressources, selon l'évaluation faite par un agent de l'immigration, et cela seulement après que l'admissibilité à déposer une demande de statut de réfugié ait été établie et si le demandeur n'est pas protégé par un régime de soins de santé privé ou public.

La protection offerte dans le cadre du PFSI est limitée aux services de santé essentiels pour le traitement et la prévention de problèmes médicaux et dentaires graves, les ordonnances portant sur des médicaments essentiels, la contraception, les soins prénataux et obstétricaux et les examens médicaux de l'immigration (qui se limitent à l'identification d'une tuberculose active, de la syphilis et de troubles psychiatriques aigus (communication personnelle, B.D. Gushulak). L'approbation préalable est requise pour un examen médical complet, les services de diagnostic (à moins que des complications à court terme ne soient décelées), les soins psychiatriques continus et la psychothérapie ou le counselling, entre autres services. Entre autres, les médicaments vendus sans ordonnance et les traitements de canal ne sont pas couverts.

Même avec le PFSI, certains demandeurs d'asile n'ont aucune assurance-santé pour une certaine période de temps, principalement en raison des délais de traitement de leur requête en vue de présenter une demande de statut de réfugié. Ainsi les personnes qui attendent une décision sur leur admissibilité à présenter une demande de statut de réfugié ne bénéficient d'aucune couverture. La prestation de soins de santé et de services sociaux durant cette période d'attente varie selon la disponibilité des services offerts par les ONG locales et les centres de santé communautaires. Les demandeurs se trouvant au pays sont ceux qui éprouvent le plus de difficulté. Selon un répondant à une question posée sur le serveur de listes du CCR au sujet de la disponibilité variable des services, les réfugiés qui se trouvent en Ontario peuvent devoir attendre jusqu'à une année avant de bénéficier d'une couverture (communication personnelle, South Etobicoke Community Legal Services, Toronto); à Montréal, on mentionne que le délai habituel est de trois semaines (communication personnelle, D. Isaacs). Aussi récemment que le 8 avril 2002, on affirmait qu'à Toronto les gens faisaient la queue durant la nuit pour pouvoir présenter leur demande du statut de réfugié (communication personnelle, E.F. Khaki). Les demandeurs d'asile au point d'entrée peuvent recevoir les formules nécessaires au moment où ils entrent au pays ou jusqu'à un mois plus tard. Si leur formule d'avis d'intention de présenter une demande de statut de réfugié pose un problème, elle peut être retournée, ce qui entraîne un délai supplémentaire avant que la personne ne puisse bénéficier de la couverture du PFSI.

Les préoccupations au sujet du PFSI ont été résumées par le Conseil canadien pour les réfugiés (CCR) sur la foi de rapports soumis par 27 de ses membres et d'un document intitulé *A Report on the Experience of Sponsors of Kosovar Refugees in Ontario*, produit par le Centre d'étude sur les réfugiés (CER) et le Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration (CERIS) (communication personnelle, R. Hogue, 2002). Parmi ces préoccupations, mentionnons : 1) la difficulté éprouvée par des personnes admissibles à avoir accès aux services couverts par le PFSI, essentiellement à cause d'un manque d'intérêt de la part de prestateurs potentiels à remplir les formulaires du PFSI ou d'une connaissance insuffisante de ce programme. (La difficulté d'accès aux services est encore plus sérieuse dans les secteurs où il y a des pénuries de professionnels.) 2) Les difficultés de traitement au bureau du PFSI, y compris l'autorisation préalable requise pour certaines maladies et les délais de remboursement des prestateurs. 3) L'absence de couverture de certaines maladies, les soins dentaires étant les plus fréquemment mentionnés. Cela se traduit par des options de services plus limitées pour une population dans le besoin (communications personnelles, P. Dongier; A. Li).

Cette rétroaction sur le PFSI doit être interprétée avec prudence compte tenu de l'absence apparente d'enquête représentative; cependant, elle indique que la couverture des soins de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile et les services que ces personnes reçoivent ne sont pas uniformes et que la facilité avec laquelle elles ont accès aux services diffère d'une province à l'autre. Il n'y a pas de différence comparable dans la couverture des soins de santé pour les personnes appartenant aux autres catégories d'immigration ou celles nées au Canada.

Comparaisons internationales

La couverture des services de santé en Australie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Suède et au Royaume-Uni est présentée en détail au tableau 4. C'est aux Pays-Bas que la couverture semble la plus complète. Quatre pays couvrent les services hospitaliers et

trois couvrent tous les services médicaux et certains autres services professionnels. Les services préventifs sont largement couverts dans deux pays. La plus grande variation d'un pays à l'autre touche les soins à domicile, les soins à long terme, les soins dentaires et les médicaments obtenus hors de l'hôpital. Ainsi, la couverture des soins dentaires va d'une absence de couverture en Australie à des soins et traitements complets pour une période de temps spécifiée au Royaume-Uni et à une couverture complète des soins préventifs et des traitements aux Pays-Bas.

L'accès à ces services varie d'un pays à l'autre selon la catégorie d'immigration à laquelle appartient la personne : résidents permanents, personnes détenant un permis de travail, étudiants, réfugiés et, enfin, demandeurs d'asile. L'accès aux services par catégorie d'immigration dans les pays sélectionnés est présenté en détail au tableau 5. Ce sont les résidents qui ont l'accès le plus étendu, tandis que les étudiants ont le moins accès aux services de santé. Les réfugiés accèdent immédiatement aux mêmes soins de santé que les ressortissants de chacun des pays comparés. Les demandeurs d'asile ont accès aux mêmes soins de santé que les ressortissants nationaux aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

Les données sur le moment au cours du processus d'immigration où débute la protection des nouveaux arrivants pour ces services ont été plus difficiles à obtenir. L'information disponible est présentée en détail au tableau 6. Les immigrants accueillis pour des raisons non humanitaires doivent attendre entre trois mois en Suède et jusqu'à deux ans en Australie. Les réfugiés bénéficient d'une couverture immédiate dans trois pays. En théorie, les demandeurs d'asile ont immédiatement accès aux services, bien que le délai de traitement de leur demande entraîne des délais d'accès documentés aux services notamment en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

Sommaire de l'accès aux services

Le Canada a répondu à certains besoins d'accès aux soins en instituant le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cependant, de sérieuses difficultés persistent au niveau de l'accès aux services dans le cadre de ce programme, notamment les longs délais de traitement des dossiers d'immigration, les erreurs dans les formulaires remplis, la couverture limitée aux services essentiels et le fardeau administratif imposé aux prestateurs de services. D'autres pays comparables n'ont généralement pas créé de mécanisme de financement distinct pour les soins de santé dispensés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile; ils ont plutôt limité l'accès aux services disponibles selon la catégorie d'immigration et la durée de séjour au pays.

Exemples de « meilleures pratiques »

Niveau interprovincial-territorial

Les exemples de « meilleures pratiques » provenant des diverses provinces sont trop nombreux pour être reproduits ici. La représentation et le réseautage sont des activités menées par les groupes qui mettent l'accent sur les questions de réinstallation des immigrants (Mosaic, 2002) et les organisations ombrelles qui les représentent [La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), 2001, p. 1-29; Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants, 2002; Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA), 2002]. Il existe aussi de nombreux organismes de

services spécialisés. Ceux-ci comprennent les organismes dont les efforts sont centrés sur la prestation de services de santé mentale (Kirmayer, 2002; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1996, p. 1-17) et de soins physiques culturellement appropriés (Lorion et Dion, 1999) et sur la création de banques de données sur les interprètes (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002). Les préoccupations au sujet des femmes immigrantes ont été mises en lumière dans certains domaines (Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2000; Riverdale Immigrant Women's Centre, 2002) et des lignes directrices sur les pratiques ont été publiées (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Les organisations ombrelles et celles qui offrent directement des services reçoivent un soutien varié et doivent souvent compter sur des fonds gouvernementaux pour une partie de leurs activités.

Niveau fédéral-national

On retrouve des exemples de certaines « meilleures pratiques » au niveau fédéral. Parmi celles-ci, le Projet Metropolis, qui a reçu le Prix d'excellence de la fonction publique pour l'élaboration des politiques en 1999-2000 (Patrimoine Canada, multiculturalisme, 2000). Ce projet réunit des responsables des politiques des trois paliers de gouvernement, des ONG et des chercheurs dans le but d'étudier à fond les effets de la migration sur les villes canadiennes. Plusieurs ministères fédéraux ont joint leurs efforts pour financer ce projet. Quatre centres d'excellence en recherche (à Toronto, Vancouver, Montréal et dans les Prairies) ont formé des partenariats avec des ONG et des responsables des politiques locaux (Metropolis Canada, 2002). Ce projet comporte aussi un volet international auquel participent de nombreux pays.

Une autre initiative d'envergure nationale qui semble prometteuse est le Multilingual-Health-Education Network (Multilingual Health Education Net, 2002). Il s'agit d'un réseau financé par Santé Canada et Patrimoine Canada visant à améliorer les normes et les modalités de traduction de documents éducatifs et d'instructions à l'intention des patients, dans le cadre d'une alliance à but non lucratif d'organismes canadiens du domaine de la santé axée sur une meilleure prestation des services, en diffusant largement des documents traduits auprès des prestateurs et du public.

Le Conseil canadien pour les réfugiés (CCR), le Canadian Network for the Health of Survivors of Torture and Organized Violence (RIVO), l'Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada (ONFIFMVC) et le Conseil canadien de la santé multiculturelle (CCSM) sont des organismes offrant directement d'importants services de réétablissement ou travaillant au niveau des politiques nationales.

Niveau international

Des exemples de « meilleures pratiques » dans divers pays et régions du monde ont été répertoriés. Parmi ceux qui ont un intérêt particulier pour le Canada, mentionnons : la législation sur les langues et le programme de réinstallation de la Nouvelle-Zélande, les services de traduction de l'Australie et les Réseaux de l'UE pour l'accueil, l'intégration et le rapatriement volontaire. La législation de la Nouvelle-Zélande précise que chaque personne a droit à un interprète pour les services de santé afin d'assurer un consentement informé et ce service doit être offert par l'organisme traitant (New Zealand Ministry of Health, 2002). Le ministère de la

santé de la Nouvelle-Zélande a produit un manuel intitulé *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals*, en collaboration avec de nombreux organismes communautaires et professionnels (Kizito, 2001). On y décrit les soins offerts aux réfugiés et demandeurs d'asile, dont les soins fournis par le Mangere Refugee Resettlement Centre. Dans ce pays, les réfugiés passent les six premières semaines suivant leur arrivée à recevoir des services de diagnostic et des soins de santé, à prendre des leçons d'anglais, à recevoir une orientation élémentaire sur la Nouvelle-Zélande, en plus de toucher une allocation pour défrayer leurs besoins essentiels.

En Australie, il y a six centres de services d'interprétation pour les soins de santé [Health Care Interpreter Service (HCIS)] dans l'État de New South Wales (New South Wales, 2002). Ce service offre gratuitement les services d'interprètes professionnels dans plus de 50 langues aux personnes utilisant les services de santé publique (la forme dominante) aux environs de Sydney. Dans les régions urbaines, ces services sont disponibles 24 par jour, sept jours sur sept, selon l'urgence. Dans certaines régions, ces services sont aussi disponibles pour les consultations par télémédecine. D'autres programmes de « meilleures pratiques » observés dans certains pays de l'Union européenne ont été décrits ailleurs (Groupe de travail du CERE sur l'intégration, 2000).

L'initiative Réseaux de l'Union européenne pour l'accueil, l'intégration et le rapatriement volontaire est financée par l'Union européenne et vise à améliorer l'intégration des réfugiés dans les pays membres (Réseaux de l'UE pour l'intégration des réfugiés, 2002). Elle vise aussi à créer des réseaux spécialisés sur des thèmes tels l'éducation, la langue, la formation professionnelle, la santé, l'accueil et le rapatriement volontaire. Parmi les activités envisagées, il y a la tenue d'un répertoire des activités d'intégration, l'élaboration de lignes directrices sur les bonnes pratiques et la publication de rapports d'entrevues avec des réfugiés pour les quinze pays membres.

Le Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture (CIRVT) est une organisation internationale indépendante de professionnels de la santé vouée à la promotion et au soutien de la réadaptation des victimes de torture et à la prévention de la torture partout dans le monde (Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture, 2002). L'organisme collabore à 200 programmes de réhabilitation à l'échelle mondiale, dont plusieurs au Canada. Il surveille l'évolution des pratiques de torture dans le monde et intervient dans les situations de conflit. Il est au moins partiellement appuyé par l'Union européenne, le Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture et la Fondation Oak.

Résumé des exemples de « meilleures pratiques »

À travers le Canada et au niveau national, il existe plusieurs programmes spéciaux à l'intention des nouveaux arrivants qui respectent à de nombreux égards les lignes directrices sur les « meilleures pratiques ». Les exemples de « meilleures pratiques » d'autres pays dont le Canada pourrait vouloir s'inspirer englobent les lois linguistiques de la Nouvelle-Zélande qui prévoient le recours aux services d'un interprète pour toute personne qui en a besoin, les services d'interprétation étendus existant en Australie, et les centres multidisciplinaires de réinstallation en Nouvelle-Zélande qui offrent toute une gamme de services aux réfugiés nouvellement arrivés. Parmi les initiatives englobant plus d'un pays qui pourraient intéresser le Canada il y a les Réseaux de l'Union européenne, qui vise à solutionner des questions de réinstallation communes, et le CIRT, auquel participent déjà plusieurs organismes canadiens.

Commentaires

Dilemmes, défis et choix

Lacunes au niveau des services

Une structure de financement distincte pour les services de santé destinés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile (le PFSI) permet d'offrir aux immigrants de la catégorie des personnes admises pour des raisons humanitaires une protection pour les services de base, Cependant, rien n'incite les prestateurs de services à répondre aux besoins de ces personnes en raison du lourd fardeau administratif qui leur incombe. Parmi les autres obstacles, mentionnons la période durant laquelle ces personnes n'ont accès à aucun soin à cause des délais de la procédure d'immigration et du fait que certains soins ne sont pas couverts par le PFSI. La langue est constamment mentionnée comme un obstacle partout au pays et, en dépit de la création du Multilingual-Health-Education Network, qui vise à abaisser ces barrières grâce à de la documentation écrite, une stratégie plus dynamique est requise. La notion selon laquelle les soins pourraient être dispensés en l'absence d'un consentement vraiment informé en raison de difficultés linguistiques est une source de préoccupation.

Information et sources de données inadéquates

L'information disponible sur le Web au sujet des services de santé qui s'adressent aux nouveaux arrivants au Canada est limitée; pour la plupart des provinces, le mot « immigrant » ne figure pas sur les sites Web destinés à renseigner les usagers sur les services auxquels ils sont admissibles. Les bases de données fédérales et provinciales sur la santé sont actuellement inadéquates pour évaluer dans quelle mesure les catégories d'immigration et les antécédents de migration influent sur les résultats pour la santé et l'utilisation des services, du fait que les données sur les catégories d'immigration et les antécédents de migration figurant dans les bases de données ne sont pas assez détaillées pour permettre de telles comparaisons. Ainsi, l'effet d'un changement de politique ou de structure du système de soins de santé sera difficile à évaluer pour ce groupe en raison de l'invisibilité des nouveaux arrivants dans les bases de données actuelles. En outre, peu de recherches sont effectuées dans ce domaine pour l'ensemble de la population.

L'opinion publique sur l'immigration

Une partie de la population canadienne peut penser que le Canada offre déjà trop d'avantages aux nouveaux arrivants. Cependant, en comparant la situation actuelle à l'engagement pris par le Canada dans le cadre de la Convention de 1951 et aux soins offerts dans d'autres pays, le niveau de soins offerts par le Canada aux nouveaux arrivants présentant des risques plus élevés semble modeste. Une stratégie visant à répondre aux besoins tant du public que des nouveaux arrivants serait de réduire dans la mesure du possible les délais de traitement des demandes d'immigration afin que les personnes qui ne répondent pas aux critères du statut de réfugié puissent être identifiées rapidement, tout en protégeant celles qui présentent des risques de santé plus sérieux pendant qu'elles attendent une décision de la CISR sur leur demande.

Recommandations

Problème 1 : Le fardeau administratif imposé aux professionnels de la santé pour la prestation de soins dans le cadre du PFSI

Initiatives possibles

1. Réduire les formalités de traitement pour le remboursement des services dispensés.
2. Élaborer un système de carte de soins de santé semblable à celui qui existe dans les provinces comme solution de rechange au système actuel.
3. Produire et diffuser des brochures et d'autre documentation sur le PFSI pour les prestateurs de soins de santé.
4. Créer des incitations financières ou autres à l'intention des prestateurs de soins de santé pour qu'ils s'occupent des personnes admissibles au PFSI.

Problème 2 : Délais d'admissibilité au PFSI

Initiatives possibles

1. Mesurer les délais d'admissibilité au PFSI entre la date d'entrée au pays et la date d'accès pour préciser les points de congestion et permettre d'établir des repères.
2. Réduire le délai de traitement pour accuser réception d'une demande d'asile afin que les personnes admissibles au PFSI puissent avoir accès aux services de santé le plus tôt possible.

Problème 3 : Couverture limitée des services dans le cadre du PFSI

Initiatives possibles

1. Étendre la portée des services couverts par le PFSI. Notamment, envisager de couvrir les services de santé mentale (à cause des séquelles psychologiques et émotives de l'expérience de migration des personnes visées par le PFSI) et les services dentaires.
2. Étendre la couverture directement aux centres spécialisés (par exemple pour les victimes de traumatisme ou de violence), en particulier dans les centres urbains.

Problème 4 : Manque d'accès aux soins appropriés et absence de consentement informé des personnes ne parlant pas l'une des langues officielles

Initiatives possibles

1. Accorder aux nouveaux arrivants le droit à des services de traduction pour les soins de santé.
2. Établir des services téléphoniques d'interprétation au niveau local et/ou national.
3. Former des alliances avec les ONG vouées à la prestation de services de traduction.
4. Financer la formation axée sur l'élaboration de normes nationales de pratique professionnelle afin d'améliorer la sensibilité culturelle à l'égard des nouveaux arrivants et de réduire les obstacles linguistiques et ethno-culturels.
5. Développer des ressources documentaires axées sur la dimension ethno-culturelle des soins à l'intention des professionnels de la santé.
6. Financer du personnel de liaison ethno-culturelle dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires en collaboration avec divers groupes ethniques afin d'aider les nouveaux arrivants à « cheminer » dans le système.

7. Créer une organisation ombrelle en Amérique du Nord (semblable aux Réseaux de l'Union européenne) en vue d'appuyer le travail des ONG et des organismes gouvernementaux dans la prestation de services aux immigrants de toutes catégories. Cela permettrait de réduire le dédoublement des services tout en favorisant le partage efficace des stratégies de réétablissement.

Problème 5 : La rareté des données sur lesquelles fonder de bonnes politiques et pratiques

Initiatives possibles

1. Intégrer des renseignements dans les bases de données fédérales et provinciales sur la catégorie d'immigration, les antécédents de migration, le statut de minorité visible et l'habileté dans une langue officielle afin de pouvoir quantifier plus facilement les répercussions sur le plan des risques pour la santé et de l'accès aux soins.
2. Exiger que, dans les procédures de Citoyenneté et Immigration Canada et celles de Santé Canada, on différencie selon le sexe les effets observés afin de pouvoir évaluer l'efficacité des initiatives axées sur les nouveaux arrivants à risques plus élevés.
3. Recueillir des données et faire rapport périodiquement sur les compétences professionnelles, l'accréditation dans les spécialités canadiennes et le temps mis à trouver un emploi dans sa spécialité, compte tenu de l'importance d'occuper un emploi rémunérateur et significatif parmi les déterminants clés de la santé.

Problème 6 : Rareté de renseignements facilement disponibles sur l'admissibilité aux services pour les nouveaux arrivants

Initiatives possibles

1. Mettre à la disposition des nouveaux arrivants des renseignements sur la couverture exacte des services de santé auxquels ils ont accès, sur les sites Web pertinents aux niveaux national et provincial et dans d'autres documents écrits et électroniques.
2. Mettre sur pied un système d'information (comme un numéro 1-800) pour les nouveaux arrivants couverts par le PFSI et d'autres programmes sur la façon la plus efficiente d'avoir accès à divers services spécifiques.

Problème 7 : La structure de financement des soins de santé ne tient pas compte des écarts entre les régions urbaines et rurales dans les services offerts aux nouveaux arrivants.

Initiatives possibles

1. Restructurer le financement des services de santé selon la répartition géographique des nouveaux arrivants.
2. Offrir des services plus différenciés dans les régions urbaines.

Conclusion

En conclusion, le Canada s'est montré modérément réceptif aux besoins de santé des nouveaux arrivants. Il y a de nombreuses approches que le Canada pourrait adopter en vue d'améliorer davantage la réceptivité du système. Parmi celles-ci, mentionnons la réduction du fardeau administratif imposé aux prestateurs de soins de santé dans le cadre du PFSI et la réduction des délais d'accès au programme, l'accès généralisé à des services d'interprétation et l'amélioration du contenu des banques de données sur la santé afin de permettre l'examen de l'état de santé et des soins de santé des nouveaux arrivants selon la catégorie d'immigration.

Bibliographie

Documentation citée

Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA). Mars 2002. *AMSSA's Home Page*. Disponible sur le site http://www.amssa.org/. 2002.

Beiser, M., R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman et N. Vu. 1995. « Immigrant and Refugee Children in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry - Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 40, n° 2, p. 67-72.

Beiser, M. et R.G. Edwards. 1994. « Mental Health of Immigrants and Refugees », *New Directions for Mental Health Services*, vol. 61, p. 73-86.

Beiser, M. et J.A. Fleming. 1986. « Measuring Psychiatric Disorder among Southeast Asian Refugees », *Psychological Medicine*, vol. 16, n° 3, p. 627-639.

Beiser, M. et I. Hyman. 1997. « Refugees' Time Perspective and Mental Health », *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, n° 7, p. 996-1002.

Bowen, S. 2000. *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa, Santé Canada.

Chen, J., E. Ng et R. Wilkins. 1996. « The Health of Canada's Immigrants in 1994-95 », *Health Reports*, vol. 7, n° 4, p. 33-45.

Citoyenneté et Immigration Canada. Mars 2002. « Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) ». Disponible sur le site http://www.cic.gc.ca/manuals%2Dguides/french/om%2Dweb/1998/ip/ip98%2D16.html. 1998.

Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 1999*. 2000. Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 2000 : Aperçu de l'immigration*. 2001a. Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 2000 : Aperçu statistique des résidents temporaires et revendicateurs du statut de réfugié*. 2001b. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Conseil canadien pour les réfugiés. Février 1998. *Les meilleures pratiques en matière d'établissement – les services d'établissement pour les réfugiés et les immigrants au Canada*. Montréal, Conseil canadien pour les réfugiés.

Conseil international de réadaptation pour les victimes de la torture. Mars 2002. *About the IRCT*. Disponible sur le site http://www.irct.org/about_the_irct_0.htm. 2002.

Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants. Mars 2002. « About OCASI ». Disponible sur le site http://www.ocasi.org. 2002.

Davies, M. et M. Yoshida. 1981. « A Model for Cultural Assessment of the New Immigrant », *L'infirmière canadienne*, vol. 77, n° 3, p. 22-23.

Dillmann, E., R. Pablo, et A. Wilson. 1993. « Patterns of Health Problems Observed among Newly Arrived Refugees to Canada », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, publié sous la direction de R. Masi, L. Mensah et K.A McLeod, 2e éd., Oakville (Ontario), Mosaic Press.

Dunn, J. et I. Dyck. 1998. *Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey*. Ottawa, Statistique Canada.

Gagnon, A.J., L. Merry et C. Robinson. 2002. *A Systematic Review of Refugee Women's Reproductive Health* [texte non publié]. Montréal, Université McGill.

Gravel, S. et A. Battaglini. 2000. *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Groupe de travail du CERE sur l'intégration. Mars 2002. *Guides des bonnes pratiques sur l'intégration des réfugiés dans l'Union européenne*. Disponible sur le site http://www.refugeenet.org/documents/volg.php3?ID=146. 2000.

Gushulak, B.D. et D.W. MacPherson. 2000. « Health Issues Associated with the Smuggling and Trafficking of Migrants », *Journal of Immigrant Health*, vol. 2, n° 2, 67-78.

Hamilton, J. 1996. « Multicultural Health Care Requires Adjustments by Doctors and Patients », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 155, n° 5, p. 585-587.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Mars 2002. *Qui est un réfugié?* Disponible sur le site http://www.unhcr.ch. 2000.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Mars 2002. *Refugees and Others of Concern to UNHCR- 1997 Statistical Overview*. Disponible sur le site http://www.unhcr.ch. 1998.

Huff, R.M. et M.V. Kline. 1999. *Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners*. New York, Sage Publications.

Hyman, I. 2001. *Collection des documents de travail sur la politique de la santé*. Ottawa, Santé Canada.

Kent, H. 2000. « BC's Chinese Migrants a Healthy Lot, MDs Find », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 162, p. 256.

Kirmayer, L.J. Mars 2002. *Culture and Mental Health*. Disponible sur le site http://www.mcgill.ca/psychiatry/transcultural/cmhru.html. 2002.

Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals*. Folio Communications Ltd.

La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI). 2001. *Rapport d'activités 2000/2001*. Montréal, TCRI.

Lorion, J. et C. Dion. 1999. *Services de santé et services sociaux de première ligne ..pour une mosaïque humaine. Rapport annuel*. Montréal, C.L.S.C. Côte-des-Neiges.

Maritime Centre of Excellence for Women's Health. 2000. « Keeping Canadian Values in Health Care Symposium », *Moving Towards Women's Health*, 9.

Metropolis Canada. Mars 2002. *Le projet Metropolis – Un forum international pour la recherche et le développement de politiques publiques sur les migrations, la diversité et les villes en évolution.* Disponible sur le site http://canada.metropolis.net/frameset_e.html. 2002.

Ministère des Approvisionnements et Services Canada.1994. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa, Santé Canada.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Famille et de l'Enfance. Mars 2002. *Avec les familles immigrantes : guide d'intervention*. Disponible sur le site ftp://206.167.52.6/acrobat/f/documentation/1998/98-265.pdf. 1999.

Mosaic. Mars 2002. *Family Programs and Settlement Services*. Disponible sur le site http://www.mosaicbc.com. 2002.

Multilingual Health Education Net. Mars 2002. *Multilingual Health Education Net: A Non-profit Alliance of Canadian Health Agencies. 2 A.D.* Disponible sur le site http://www.multilingual-health-education.net. 2002.

New South Wales. Mars 2002. « Multicultural Health Services and Programs in NSW ». Disponible sur le site http://internal.health.nsw.gov.au/health-public-affairs/mhcs. 2002.

New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. *About the New Zealand Health and Disability System.* Disponible sur le site http://www.moh.govt.nz/moh.nsf. 2002.

Organisation de coopération et de développement économiques. Mars 2002. *Données sur la santé de l'OCDE 2001*. Disponible sur le site http://www.oecd.org/EN/statistics/0,,EN-statistics-12-nodirectorate-no-no-12,00.html. 2001.

Organisation internationale pour les migrations. 2001. *Migrant Trafficking and Human Smuggling in Europe: A Review of Evidence*. Europe, l'auteur.

Organisation mondiale de la santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé, Europe. Disponible sur le site de l'Association canadienne de santé publique.

Palmer, D.L. 1996. « Determinants of Canadian Attitudes toward Immigration: More than Just Racism? », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, n° 3, p. 180-192.

Parakulam, G. 2000. « Health Status of Canadian Born and Foreign Born Residents », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4, p. 311-314.

Patrimoine Canada, multiculturalisme. 2000. *Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien, 1999-2000*. Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

Pomerleau, J. 1997. « The Relationship Between Place of Birth and Some Health Characteristics in Ontario », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 5, p. 337-345.

Régie régionale de la santé et des service sociaux de Montréal-Centre. 1996. *Organisation des services aux clientèles réfugiées, revendicatrices de statut, migrantes et immigrantes pour les CLSC de la*

région de Montréal-Centre. Montréal, Régie régionale de la santé et des service sociaux de Montréal-Centre.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Mars 2002. « Banque inter-régionale d'interprètes, 2000-2001 ». Disponible sur le site http://www.santemontreal.qc.ca. 2002.

Réseaux de l'UE sur l'intégration des réfugiés. Mars 2002. *EU Networks on Reception, Integration and Voluntary Repatriation Project*. Disponible sur le site http://www.refugeenet.org/about/index.html. 2002.

Riverdale Immigrant Women's Centre. Mars 2002. *Who We Are...* Disponible sur le site http://www.a4s.org/RIWC/. 2002.

Romanow, R.J. 2002. *Préparer l'avenir des soins de santé*. Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Rumbaut, R. 1996. « Unraveling a Public Health Enigma: Why do Immigrants Experience Superior Perinatal Health Outcomes », *Research in the Sociology of Health Care* 13B, 337-391.

Simms, G.P. 1996. *Aspects of Women's Health from a Minority/Diversity Perspective*. Ottawa, Santé Canada.

Simon, R.J. et J.P. Lynch. 1999. « A Comparative Assessment of Public Opinion toward Immigrants and Immigration Policies », *International Migration Review*, vol. 33, n° 2, p. 455-467.

Statistique Canada. 1996. *Recensement de 1996 : immigration et citoyenneté*, Ottawa, l'auteur.

Statistique Canada. Mars 2002. « Health Indicators: Proportion of Immigrants ». Disponible sur le site http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/tables/htmltables/c4t05.htm. 2000.

Stephenson, P.H. 1995. « Vietnamese Refugees in Victoria, B.C.: An Overview of Immigrant and Refugee Health Care in a Medium-sized Canadian Urban Centre », *Social Science & Medicine*, vol. 40, n° 12, p. 1631-1642.

Sundquist, J., L. Bayard-Burfield, L.M. Johansson et S.E. Johansson. 2000. « Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 188, n° 6, p. 357-365.

Thonneau, P., J. Gratton et G. Desrosiers. 1990. « Health Profile of Applicants for Refugee Status (Admitted into Quebec Between August 1985 et April 1986) », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 81, n° 3, 182-186.

U.S. Department of Health and Human Services, OPHS Office of Minority Health. 2001. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Washington (D.C.), IQ Solutions, Inc.

Weeks, J.R. 2000. « Infant Mortality among Ethnic Immigrant Groups », *Social Science & Medicine*, vol. 33, n° 3, p. 327-334.

Communications personnelles

A. Li, Conseil national des Canadiens chinois. 2002. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé. Communication par Internet.

B.D. Gushulak, directeur médical, Citoyenneté et Immigration Canada. 2002. Demande d'information sur le Programme fédéral de santé intérimaire. Communication par Internet.

D. Isaacs, agent de liaison avec les réfugiés, Juan Moreno, Montréal, Québec. 2002. Demande d'information sur les délais concernant l'accès des réfugiés aux soins de santé (Montréal). Conversation téléphonique.

E.F. Khaki. 2002. Demande d'information sur les réfugiés qui présentent des demandes. Communication par Internet.

Etobicoke Community Legal Services, Toronto. 2002. Demande d'information sur les délais concernant l'accès des réfugiés aux soins de santé (Toronto). Communication par Internet.

P. Dongier, médecin, C.L.S.C. Côte-des-Neiges, Montréal, Québec. 2002. Demande d'information sur la prestation de services aux réfugiés et aux demandeurs d'asile. Conversation téléphonique.

R. Hogue, Conseil canadien pour les réfugiés, serveur de liste du CCR CCRLIST@YORKU.CA. 2002. Document sur le PFSI. Communication par Internet.

Appendice

Légende des tableaux 1 à 6	
Code	Définition
A	Assujetti à un critère de revenu
B	Y compris le conjoint et les personnes à charge
C	Le permis de travail doit être valide pour une période minimale de 6 mois
D	Le permis de travail doit être valide pour une période minimale de 12 mois
F	Admissible au Programme fédéral de santé intérimaire
G	Couverture spécifique de groupe
H	Couvert si le service est dispensé à l'hôpital
I	Information incomplète/imprécise
J	Immédiatement, une fois ce statut obtenu
N	Sans objet
O	Le conjoint et les personnes à charge doivent présenter des demandes individuelles pour être inclus dans la requête du demandeur
P	Partiellement
R	Rétroactif
S	Interventions chirurgicales
T	Varie selon la durée de traitement de la demande de statut du demandeur
U	À l'arrivée
V	Variable
X	Non
Y	Oui
Z	Certains services sont couverts

Tableau 1
Services de soins de santé couverts pour les Canadiens

Composantes du système de santé	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Hospitalisation	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Services de médecins	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y
Autres services professionnels	YP[b]G[c]	Y[d]	Y[e]G[f]	Y[g]	I	I	Y[h]	La couverture des soins de santé des T. N.-O. s'applique	P[i]G[j]	Z[k]	I	P[l]	Y[m]G[n]
Soins préventifs	YG[o]	I	I	I	I	P[p]	G[q]		I	Y[r]	I[s]	Y G[t]	Y
Soins à domicile	Y[u]	I	Y	I	I	I	I		Y	I	I P[v]	P	I
Soins à long terme	Y	I	I	I	I	I	I		I	Y[w]	I	I	I
Soins dentaires	G[x]	HS[y]	HPS	PS	HPS	S[z]G[aa]	HG[bb]		G[cc] HPS	HPS	G[dd]PS	P	I
Assurance-médicaments (hors de l'hôpital)	I	I	I	G[ee]	I	G[ff]	G[gg]		GP[hh]	GP[ii]	P	P	G[jj]

[a] Exclut la couverture des soins de santé assumée par le gouvernement fédéral pour certains groupes (autochtones, anciens combattants et détenus).
[b] Services de chiropractie, de podiatrie, de physiothérapie, d'inhalothérapie, d'ergothérapie, les services de rééducation de la parole ainsi que certains services de chirurgie buccale et maxillo-faciale offerts par des spécialistes en chirurgie buccale.
[c] Les services d'optométrie sont couverts pour les personnes de 19 ans ou moins et celles de 65 ans ou plus.
[d] Services de chirurgie, de psychiatrie, d'ophtalmologie, de diagnostic et d'anesthésie sur recommandation d'un médecin.
[e] Les services de chirurgie, de diagnostic et de chiropractie sur recommandation d'un médecin. Les services d'ambulance ne sont pas couverts.
[f] Les services d'optométrie sont couverts pour les personnes de 19 ans ou moins et celles de 65 ans ou plus.
[g] Les services de santé mentale communautaire.
[h] Les services d'ambulance, de chiropractie et d'optométrie ne sont pas couverts.
[i] Les services de podiatrie, de chiropractie et d'ostéopathie.
[j] Les services d'ophtalmologie sont disponibles aux deux ans pour les personnes âgées de 20 à 64 ans et une fois l'an pour les personnes de moins de 20 ans et celles de 65 ans ou plus.
[k] Sur recommandation d'un médecin.
[l] Les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'ambulance, d'optométrie et de santé mentale.
[m] Les services de santé mentale.
[n] Lunettes et examens de la vue pour les enfants des familles à faible revenu en vertu du Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants (PMOE).

[o] Les enfants sont couverts pour les programmes de vaccination.
[p] Les examens médicaux annuels ne sont pas couverts.
[q] Le *Optometric Program* prévoit l'examen de la vue préventif pour les enfants de 10 ans ou moins et pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.
[r] Couvert si les soins sont dispensés dans un établissement accrédité.
[s] Les médicaments servant à arrêter de fumer sont couverts.
[t] Les mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.
[u] Les soins de maintien à domicile et les soins palliatifs.
[v] Le travail ménager léger et lourd, la préparation des repas et les courses.
[w] Si les soins sont dispensés dans un établissement accrédité.
[x] Certains services sont couverts pour les aînés.
[y] Lié à de graves malformations congénitales.
[z] Les services liés à des blessures ou à des maladies de la mâchoire.
[aa] Les personnes âgées de 60 ans ou plus.
[bb] Couverture pour les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans.
[cc] Les enfants admissibles au Programme des enfants ayant besoin de soins dentaires.
[dd] Les enfants de 10 ans ou moins et ceux qui reçoivent une aide financière.
[ee] Pour les personnes âgées, les enfants recevant des soins et les personnes atteintes de certaines maladies/troubles.
[ff] Les personnes âgées de 60 ans ou plus et celles atteintes d'une maladie ou d'un trouble couvert par le régime de prestations de santé étendues.
[gg] Le programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées couvre les adultes de 65 ans ou plus.
[hh] Pour les personnes admissibles au Programme de prestations pour les médicaments de Ontario.
[ii] Des régimes de remboursement du coût des médicaments sont accessibles aux personnes atteintes de certaines maladies/troubles.
[jj] Les personnes de 65 ans ou plus et leurs conjoints âgés de 60 ans ou plus.

Tableau 2
Couverture des services de santé (voir le tableau 1) selon le statut d'immigration : Canada

Catégories de statut d'immigration	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Résident permanent	Y	Y	Y	YB	Y	Y	Y		Y	Y	YBO	Y	I
Personne ayant d'un permis de travail	YBD	YB	YBD	YBOD[a]	Y[b]BD	YD	Y	La couverture des soins de santé des T. N.-O. s'applique	YBC	YC	YBOC	YB[c]	I
Étudiant	YD	Y	X	X	X	Y	Y		I	X	Y[d]BO	Y	I
Conjoint d'un étudiant	Y	Y	X	X	X	I	I		I	X	Y[e]O	I	I
Réfugié	Y	F[f]	FY[g]	Y	I	I	Y		Y	I	YBO	FY[h]	I
Demandeur du statut de réfugié/ d'asile	F	F	F	F	F	F	F		F	F	F	F	F

[a] Les personnes mariées ou à charge d'un résident du N.-B. admissibles ont également droit à une protection.
[b] Le permis de travail doit être émis avant l'entrée au Canada par un employeur de T.-N. désigné pour un emploi spécifique dans la province.
[c] Si le conjoint n'arrive pas dans les 12 mois qui suivent l'arrivée de la personne ayant un permis de travail, la couverture est différente.
[d] Les étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.
[e] Les conjoints des étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.
[f] Admissible aux prestations supplémentaires, y compris pour les services de physiothérapie, de massothérapie, de chiropractie et de naturopathie ainsi que les services chirurgicaux et non chirurgicaux de podiatrie avec une limite annuelle globale de dix visites.
[g] Couvert par le PFSI jusqu'à l'émission du permis de travail.
[h] La personne peut être admissible si elle possède un permis de travail valide, une autorisation d'étudiant ou un permis ministériel émis par Citoyenneté et Immigration Canada.

Tableau 3
Délai s'écoulant entre l'arrivée et l'admissibilité à la couverture des services de santé selon le statut d'immigration : Canada

Catégories de statut d'immigration	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Terre-Neuve et Labrador	Territoires du Nord-Ouest	Nouvelle-Écosse	Nunavut	Ontario	Île-du-Prince-Édouard	Québec	Saskatchewan	Yukon
Résident Permanent	U[a]	Jusqu'à 3 mois	U[b] ou le 1er jour du 3e mois	3 mois	I	U	I		3 mois	U[c]	Jusqu'à 3 mois	1er jour du 3e mois	I
Personne ayant un permis de travail	3 mois	Jusqu'à 3 mois	U ou le 1er jour du 3e mois	3 mois	I	U	Après 6 mois R[d]		3 mois	U	Jusqu'à 3 mois	1er jour du 3e mois	I
Étudiant	3 mois	Jusqu'à 3 mois	N	N	N	U	1er jour après le 13e mois[e]	La couverture des soins de sante des T. N.-O. s'applique	I	N	U[f]	1er jour du 3e mois	I
Conjoint d'un étudiant	3 mois	Jusqu'à 3 mois	N	N	N	I	I		I	N	U[g]	N	I
Réfugié	I	3 mois	V[h]	I	N	J	I		Minimum de 3 mois[i]	I	2-3 sem.	N	I
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	T	1-4 sem.[j]	T	T	T	T	T		V[k]	T	V[l]	T	T

[a] Si la demande est reçue dans les trois mois de l'arrivée, la couverture prend effet à l'arrivée. Si la demande est reçue après ce délai, la date de prise d'effet est fixée lors de l'inscription.
[b] Ou dès que le statut d'immigration est confirmé, pour les demandeurs se trouvant au pays.
[c] Les personnes qui établissent leur résidence à l'I.-P.-E. peuvent être admissibles dès le 1er jour où elles deviennent résidentes de la province.
[d] Personnes ayant un visa d'emploi : après avoir résidé six mois au pays, la couverture est rétroactive à la date d'arrivée pourvu que la personne ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de plus de 31 jours et qu'elle doive être employée dans les six mois suivants. Personne ayant un permis de travail : admissible à demander la couverture le 1er jour du 7e mois, pourvu qu'elle ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de plus de 31 jours.
[e] Pourvu qu'elle ne se soit pas absentée de la N.-E. pour une période de 31 jours consécutifs. La couverture débute le 1er jour du 7e mois si l'étudiant travaille comme assistant d'enseignement ou de recherche à une université de la N.-E.
[f] Les étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.
[g] Les conjoints des étudiants provenant de pays qui ne sont pas partie à l'entente de sécurité sociale avec le Québec ne sont pas couverts.
[h] La couverture du PFSI s'applique jusqu'à ce qu'un permis de travail soit émis, après quoi la couverture provinciale prend effet.
[i] Admissible trois mois après avoir versé les droits d'entrée au pays.
[j] Peut être retardé par un afflux soudain de demandeurs qui sont détenus (cas prioritaires). Les demandeurs au point d'entrée ne sont pas couverts immédiatement.
[k] De quatre à six semaines si la demande a été présentée au port d'entrée. De quatre à six mois dans les autres cas.
[l] Les demandeurs au port d'entrée sont couverts à l'arrivée. Le délai peut aller d'une à dix semaines pour un demandeur se trouvant au pays, selon que sa demande est complète ou non.

Tableau 4
Services de soins de santé couverts pour les citoyens selon le pays

Composante du système de soins de santé	Canada[a]	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Hospitalisation	Y	Y	Y	Y	P G[b]	Y[c]
Services de médecins	Y	Y	Y	P[d] G[e]	P G[f]	Y
Autres services professionnels	V	Y G[g]	Y	P G[h]	P G[i]	Y G[j]
Soins préventifs	V	I	Y[k] G[l]	G[m]	G[n]	Y
Soins à domicile	V	I	Y[o]	P A	G[p]	A
Soins à long terme	V	I	Y	I	Y	A
Soins dentaires	V	X	Y[q]	G[r]	P G[s]	H G[t]
Assurance-médicaments (hors de l'hôpital)	V	P G[u]	Y[v]	G[w]	P[x] G[y]	G[z]

[a] Voir le tableau 1.
[b] Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.
[c] Comprend les médicaments, les traitements dentaires et les services d'optométrie à l'hôpital. Les personnes à faible revenu ont droit à une aide pour les déplacements à l'hôpital.
[d] La plupart des soins de santé sont offerts gratuitement, sauf les soins de santé primaires qui comportent des honoraires.
[e] Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptées des frais de service.
[f] Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.
[g] Les services d'ambulance sont couverts pour les personnes touchant une pension de l'État et celles à faible revenu.
[h] Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptées des frais de service.
[i] Les personnes de moins de 20 ans sont exemptées des frais, tandis que les dépenses médicales sont plafonnées.
[j] Les personnes de plus de 60 ans, les enfants de moins de 16 ans, les personnes de moins de 19 ans aux études à temps plein, les personnes bénéficiant d'un soutien du revenu et celles ayant une maladie ophtalmologique spécifique (ou des antécédents familiaux) ont droit aux soins d'optométrie. Les appareils auditifs et leur entretien sont aussi couverts.
[k] Couvre les examens génétiques pour des maladies héréditaires et les services de prévention des thromboses.
[l] Le test de l'hépatite B pour les femmes enceintes, les tests PKU pour les nouveau-nés et la vaccination des enfants.
[m] Les enfants sont couverts pour les vaccinations. Les enfants, les personnes de plus de 65 ans et celles atteintes de troubles chroniques particuliers sont couverts pour le vaccin contre l'influenza.
[n] Pour les enfants d'âge préscolaire, les vaccins, les examens de santé, les consultations et certains traitements en clinique pour enfants sont gratuits. L'éducation sanitaire est donnée à l'école. Les soins prénataux sont couverts.
[o] Les aides, appareils médicaux, soins de maternité (dont les services ménagers) et la dialyse à domicile sont aussi couverts.
[p] Les personnes âgées ou handicapées peuvent recevoir des services médicaux et infirmiers et des aides techniques.
[q] Comprend l'entretien préventif.
[r] Les enfants peuvent recevoir gratuitement des soins dentaires jusqu'à leur 18e anniversaire de naissance.
[s] Les personnes de 20 ans ou moins sont couvertes.
[t] Les enfants de moins de 19 ans, les femmes enceintes (jusqu'à 12 mois après l'accouchement), les personnes recevant un soutien de faible revenu ou handicapées ou celles touchant des crédits d'impôt pour famille au travail ont droit à des services dentaires gratuits.
[u] Le coût est plafonné pour les personnes ayant une carte de concession (étudiant, aîné, handicapé) et les familles.
[v] Assorti d'une limite de remboursement.
[w] Les enfants de moins de 6 ans, ceux ayant une « carte de services communautaires » (à faible revenu), ceux ayant une « carte de santé à usage fréquent » (plus de 12 visites par an au médecin de famille pour un trouble particulier) et les familles qui ont besoin de plus de 20 ordonnances subventionnées par an sont exemptés des frais de service.
[x] Le total des coûts annuels est plafonné.
[y] L'insuline est gratuite pour les enfants de moins de 18 ans.
[z] Les enfants de moins de 16 ans (19 ans s'ils étudient à temps plein) et les personnes de 60 ans et plus sont couverts. Les femmes enceintes et les bénéficiaires d'un soutien du revenu ont droit aux ordonnances avec un certificat d'exemption.

Tableau 5
Couverture des services de santé (voir le tableau 4) selon le statut d'immigration et le pays

Catégories de statut d'immigration	Canada[a]	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Résident permanent	Y	Y[b] B	Y[c]	Y[d]	Y[e]	Y[f] B
Personne ayant un permis de travail	V	Y	I	Z[g] G[h]	X	Y[i] B
Étudiant	V	X	X	XG[j]	X	Y[k]
Réfugié	Y	Y	Y	Y[l]	Y	YB
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	Y[m]	Y[n] G[o]	Y	Y	P[p] G[q]	YB[r]

[a] Voir le tableau 2.
[b] L'Australie a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Australie.
[c] Les Pays-Bas ont conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base aux Pays-Bas.
[d] La Nouvelle-Zélande a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Nouvelle-Zélande.
[e] La Suède a conclu des accords de réciprocité pour les soins de santé avec certains pays et les résidents de ces pays sont couverts pour les services de santé de base en Suède.
[f] Les ressortissants de la Zone économique européenne ont une couverture variable selon leur pays d'origine; ceux des pays ayant conclu avec le Royaume-Uni un accord de réciprocité pour les soins de santé sont aussi couverts.
[g] Toute personne souffrant d'une blessure accidentelle est couverte.
[h] Les enseignants financés en vertu du Foreign Language Teaching Assistantship, du ministère de l'Éducation, sont admissibles à tous les services. Les enfants des personnes admissibles ont accès à tous les services. Les personnes ayant un permis valide de résidence temporaire pour deux ans ou plus ont accès aux services de santé publique.
[i] Comprend les travailleurs non rémunérés de certains organismes bénévoles te les étudiants et apprentis qui doivent travailler durant 12 semaines au cours de la première année.
[j] Les étudiants financés dans le cadre du programme officiel d'aide au développement du ministère des Affaires étrangères, leurs conjoints et leurs enfants sont admissibles à tous les services de santé.
[k] Les étudiants à court terme (pour une période de moins de six mois) provenant des pays qui n'ont pas conclu une entente relativement aux soins de santé avec le Royaume-Uni ne sont pas admissibles.
[l] Y compris le counselling multidisciplinaire en traumatologie.
[m] En vertu du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).
[n] La personne doit détenir un visa valide comportant des droits de travail afin d'être couverte.
[o] Les demandeurs sans visa reçoivent de l'aide financière couvrant les soins de santé et les services de counselling en vertu du Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). Les services médicaux, dentaires et de spécialistes sont disponibles pour les immigrants non autorisés vivant dans des centres de détention selon leurs besoins médicaux.
[p] Les adultes demandant l'asile politique sont admissibles aux soins médicaux et dentaires d'urgence subventionnés; les médicaments d'ordonnance et les coûts sont plafonnés.
[q] Les enfants demandant l'asile politique ont droit aux mêmes soins de santé que les enfants suédois. Les soins de maternité, les soins préventifs pour enfants, les soins prénataux et les soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans sont gratuits.
[r] Les demandeurs de statut de réfugié/d'asile doivent aussi présenter une requête pour être exemptés des frais habituels pour les ordonnances, les traitements dentaires, les examens de la vue, les verres, les perruques et les soutiens de textile, et les coûts des déplacements à l'hôpital.

Tableau 6
Délai s'écoulant entre l'arrivée et l'admissibilité à la couverture pourles services de santé selon le statut d'immigration et le pays

Catégories de statut d'immigration	Canada[a]	Australie	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Suède	Royaume-Uni
Résident permanent	V	2 ans	I	I	3 mois	I[b]
Personne ayant un permis de travail	V	2 ans	I	I	N	U
Étudiant	V	N	N	N	N	U
Réfugié	V	J	J	V[c]	J	V[d]
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	V	6 mois[e]	U	V[f]	U	V[g]

[a] Voir le tableau 3.
[b] Une personne vivant au Royaume-Uni à des fins établies pour une période de plus de six mois est couverte.
[c] Le délai d'obtention de la carte de services communautaires, qui donne aux réfugiés le droit d'être couverts, peut varier.
[d] Il existe un processus d'inscription pour déterminer l'admissibilité aux services gratuits et ce processus peut retarder l'accès à la couverture. Pour obtenir une exemption des frais habituels, un processus de demande existe également; celui-ci n'est disponible qu'en anglais, est complexe et doit être renouvelé après six mois.
[e] Il faut compter six mois avant qu'un demandeur admissible ne reçoive une aide financière en vertu de l'Asylum Seeker Assistance Scheme (ASA). La couverture est immédiate pour les personnes se trouvant dans un centre de détention et celles munies d'un visa valide comportant des droits de travail.
[f] Le délai d'obtention d'une carte de services communautaires, qui donne aux demandeurs d'asile le droit à la couverture, peut varier. Ces personnes sont admissibles seulement si elles ont déposé une requête et attendent une audience.
[g] Il existe un processus d'enregistrement pour déterminer l'admissibilité aux services gratuits et ce processus peut retarder l'accès à la couverture. Pour être exempté des frais habituels, un processus de demande existe également; celui-ci n'est disponible qu'en anglais, il est complexe et doit être renouvelé après six mois.

Bibliographie pour les tableaux 1 à 6

Comparaisons canadiennes

Alberta

E. Skoropad, Ministry of Health and Wellness, Alberta. Demande d'information sur le régime provincial d'assurance-maladie. Avril 2002. Communication par Internet.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. Avril 2002. « On-line with Alberta Health and Wellness ». Disponible sur le site http://www.health.gov.ab.ca.

Ministry of Health and Wellness, Alberta. Demande d'information sur la date à laquelle débute l'admissibilité à la couverture. Avril 2002. Communication par Internet.

Colombie-Britannique

M. Van der Meij, Victoria Immigrant & Refugee Centre Society. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé pour les populations immigrantes. Avril 2002. Communication par Internet.

Ministry of Health Services, Colombie-Britannique. Avril 2002. « Health Services ». Disponible sur le site http://www.gov.bc.ca/healthservices.

Manitoba

Gouvernement du Manitoba. Avril 2002. « Santé Manitoba ». Disponible sur le site http://www.gov.mb.ca/health/index.html.

U. Wendt, Ministère de la Santé, Gouvernement du Manitoba. Demande d'information sur l'accès aux services de santé publique pour les personnes qui ne sont pas nées au Canada. Avril 2002. Communication par Internet.

Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et du Bien-être, Nouveau-Brunswick. Avril 2002. « Santé et bien-être ». Disponible sur le site http://www.gnb.ca/0051/index-e.asp.

P. MacDonald, Ministère de la Santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Demande d'information sur les services de santé pour les personnes qui ne sont pas nées au Canada. Mars 2002. Communication par Internet.

Terre-Neuve

Department of Health and Community Services, Terre-Neuve et Labrador. Mars 2002. « Health and Community Services » Disponible sur le site http://www.gov.nf.ca/deptnew.htm.

K. Dyer. Ministry of Health, Gouvernement de Terre-Neuve. Demande d'information sur l'accès aux soins de santé pour les populations immigrantes à Terre-Neuve. Mars 2002. Communication par Internet.

Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest. Mars 2002. « Santé et Bien-être social ». Disponible sur le site http://www.hlthss.gov.nt.ca.

Nouvelle-Écosse

Department of Health, Nouvelle-Écosse. Mars 2002. « Department of Health ». Disponible sur le site http://www.gov.ns.ca/health.

Nunavut

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut. Mars 2002. « Ministère de la Santé et des Services sociaux ». Disponible sur le site http //www.gov.nu.ca/hss.htm.

Île-du-Prince-Édouard

B. MacLure, Department of Health and Social Services, Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Information sur l'assurance-santé provinciale. 2002. Communication par Internet.

Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard. Mars 2002. « Health and Social Services ». Disponible sur le site http://www.gov.pe.ca/hss.

Québec

Portail Québec. Mars 2002. « Régie de l'assurance-maladie du Québec ». Disponible sur le site http://www.ramq.gouv.qc.ca.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. Février 2002. « Ce à quoi votre carte vous donne accès : le régime d'assurance-maladie ». Disponible sur le site http://www.ramq.gouv.qc.ca/cit/acces/regime.htm.

S. Reichhold, directeur. La Table de concertation des organismes de Montréal pour les réfugiés. 2 avril 2002. Communication personnelle.

Saskatchewan

C. Gordon. Ministry of Health, Gouvernement de la Saskatchewan. Demande de renseignements sur l'admissibilité aux prestations de santé. Avril 2002. Communication par Internet.

Saskatchewan Health. Mars 2002. « Health ». Disponible sur le site http://www.health.gov.sk.ca.

Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon. Mars 2002. « Santé et des Services sociaux au Yukon ». Disponible sur le site http://www.hss.gov.yk.ca.

Comparaisons internationales

Canada

Citoyenneté et Immigration Canada. Février 2002. « Interim Federal Health Program ». Disponible sur le site http://www.fasadmin.com/english/part1.html.

Citoyenneté et Immigration Canada. Février 2002. « Services aux immigrants : santé et sécurité sociale ». Disponible sur le site http://www.cic.gc.ca/français/vivre/fiche_04.html.

Australie

Australian Red Cross. Mars 2002. *Australian Red Cross Site*. Disponible sur le site http://www.redcross.org.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Seeking Asylum within Australia ». Disponible sur le site http://www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Immigration Detention ». Disponible sur le site http://www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Overseas Students in Australia ». Disponible sur le site http://www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Assistance for Asylum Seekers in Australia ». Disponible sur le site http://www.immi.gov.au.

Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs, Australie. Mars 2002. « Temporary Protection Visas ». Disponible sur le site http://www.immi.gov.au.

Health Insurance Commission, Australie. Mars 2002. « About the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/apbs.htm

Health Insurance Commission. Australie. Mars 2002. « Visitors Travelling to Australia ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/services_for_travellers/vtta.htm.

Health Insurance Commission, Australie. Mars 2002. « About Medicare ». Disponible sur le site http://www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/am.htm.

Kelsall, L., C. Kiro, U. Antipas, W. Cook, J. Calveley, A. Mortensen, K. Boyle, S. Wells, M. Gardner et R. Walker. 2001. *Health Needs Assessment 2001*. Australie, Auckland District Health Board.

Refugee Resettlement Advisory Council. Mars 2002. *Help for People Settling in Australia*. Disponible sur le site http://www.immmi.gov.au/tis/index.html.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country - Australia*. Disponible sur le site http://www.unhcr.org.

Pays-Bas

Conseil européen sur les réfugiés et les exilés (CERE). Février 2002. *Les Pays-Bas*. Disponible sur le site http://www.ecre.org/drc/netherlands.shtml.

Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, La Haye. 2000. *Health Insurance in the Netherlands. IE.* Netherlands, International Publication Series.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – Netherlands*. Disponible sur le site http://www.unhcr.org.

Nouvelle-Zélande

Kizito, H. 2001. *Refugee Health Care - A Handbook for Health Professionals*. Nouvelle-Zélande, Folio Communications Ltd.

New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. « An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand, 2001 ». Disponible sur le site http://www.moh.

New Zealand Ministry of Health. Mars 2002. « About the New Zealand Health and Disability System ». Disponible sur le site http://www.moh.govt.nz/moh.nsf.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – New Zealand*. Disponible sur le site http://www.unhcr.org.

Suède

Centre d'évaluation des services sociaux, Conseil national de la santé et du bien-être. Mars 2002. « Different Conditions - Different Health: A Study of Immigrants from Chile, Poland, Iran and Turkey ». Disponible sur le site http://www.sos.se/sos/publrefereng/0003003E.htm.

Ministère des Politiques et des Services de santé. Mars 2002. « Health Care Systems in Transition: Sweden ». Disponible sur le site http://www.euro.int/documents/e72481.pdf.

Conseil européen sur les réfugiés et les exilés (CERE). Mars 2002. *Suède*. Disponible sur le site http://www.ecre.org/drc/sweden.shtml.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « Refugee Reception ». Disponible sur le site http://www.migrationsvekert.se.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « The Costs of Refugee Reception ». Disponible sur le site http://www.migrationsvekert.se.

Commission de la migration, Suède. Mars 2002. « Swedish Residence Permits for EU/EEA Citizens ». Disponible sur le site http://www.migrationsvekert.se.

Institut suédois. Mars 2002. *The Health Care System in Sweden*. Disponible sur le site http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf.

Institut suédois. Mars 2002. *Immigrants in Sweden*.
Disponible sur le site http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs63.pdf.

Institut suédois. Mars 2002. *Social Insurance in Sweden*.
Disponible sur le site http://www.se.si/docs/infosweden/engelska/fs5z.pdf.

HCNUR. Mars 2002. *Resettlement Handbook: Chapter Country – Sweden*.
Disponible sur le site http://www.unhcr.org.

Royaume-Uni

British Medical Association. Mars 2002. *Access to Health Care for Asylum Seekers*.
Disponible sur le site http://www.asylumsupport.info.

Department of Health Publications. Mars 2002. « NHS Booklet HC11-Help with Health Costs ».
Disponible sur le site http://www.doh.gov.uk.

Immigration and Nationality Directorate. Mars 2002. « Asylum in the UK, Once You are Here ».
Disponible sur le site http://www.ind.homeoffice.gov.uk

National Health Service (NHS). Mars 2002. « National Health Service Hospital Charges to Overseas Visitors ». Disponible sur le site www.doh.gov.uk/overseasvisitors/patientguide.htm.

Refugee Council. Mars 2002. *Support and Entitlements*. Disponible sur le site http://www.refugeecouncil.org.uk.

The National Health Service. Mars 2002. « The NHS Explained ». Disponible sur le site http://www.nhs.uk.

Royaume-Uni, WHO Regional Office. 1999. *Health Care Systems in Transition*. Royaume-Uni, l'auteur.